Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. W. Schulte

Zur prämorbiden Persönlichkeit des Alkoholikers

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
DIETER HÖRZ
aus Stuttgart

1965

8363

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. W. Schulte

Zur prämorbiden Persönlichkeit des Alkoholikers

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Dieter Hörz
aus Stuttgart

Dekan: Professor Dr. med. Walter Schulte

1. Berichterstatter: Privatdozent Dr. med. Werner Mende

2. Berichterstatter: Professor Dr. med. Walter Schulte

Inhaltsverzeichnis

		Seite:
I.	Einige Definitionen ...	1
II.	Die Bedeutung der Persönlichkeit bei der Entstehung des Alkoholismus ...	2
III.	Gibt es eine "alkoholische Persönlichkeit"? ...	6
IV.	Schwierigkeiten beim Studium der Persönlichkeit des Alkoholikers ...	11
V.	Die Persönlichkeit des Alkoholikers in der Literatur ...	18
	1. Die psychoanalytische Theorie ...	18
	2. Die Entwicklungsgeschichte des zukünftigen Alkoholikers ...	20
	3. Die sexuelle Angepaßtheit des Alkoholikers ...	22
	4. Klinische Untersuchungen ...	25
	a) Mit Nachdruck auf der Entwicklungsgeschichte ...	26
	b) Klassifikation an Hand der Funktionen des Alkohols ...	28
	c) Beschreibungen an Hand allgemeiner psychologischer Phänomene ...	30
	5. Untersuchungen mit "objektiven" Methoden ...	32
	a) Projektive Teste ...	32
	b) Nicht-projektive Teste ...	34
VI.	Eigene Ergebnisse ...	38
	Biographien ...	38
	Klinische Resultate ...	60
	Testresultate ...	77
	Zusammenfassung ...	79
	Literaturverzeichnis ...	82

I. Einige Definitionen

Im Sprachgebrauch der vorliegenden Arbeit wird ein Alkoholiker mit DIETHELM (24) definiert als ein Mensch, der "Alkohol in einem Umfang gebraucht, daß eine erfolgreiche Lebensführung unmöglich wird (dazu gehören physische, psychische und soziale Aspekte) und der entweder diese Wirkung nicht erkennen kann, oder der seinen Alkoholverbrauch nicht einschränken kann, obwohl er um dessen verhängnisvolle Folgen weiß. - Ein exzessiver Trinker ist ein Mensch, der Alkohol häufig und in großen Mengen gebraucht und sich unter seinem Einfluß sogar pathologisch verhalten kann. Er kann jedoch die Gewohnheit überwinden, wenn er die Notwendigkeit dazu erkennt. - Ein starker Geselligkeitstrinker trinkt viel bei geselligen Anlässen mit häufigem oder sogar regelmäßigem Betrunkensein, aber das Trinken bedeutet keine ernste Schwierigkeit."

Wesentlich ist bei dieser Definition, daß in ihr keine Theorien über die prämorbide Persönlichkeit ihren Niederschlag gefunden haben.

Der Alkoholismus wird als Sucht aufgefaßt, wenn er auch nicht alle klassischen Kriterien der Rauschgiftsucht aufweist. Für das Studium der prämorbiden Persönlichkeit ist dies jedoch wohl keine unzulässige Vereinfachung. - Der Zusatz "chronisch" wird entsprechend einer Empfehlung der Welt-Gesundheitsorganisation (108) und dem Gebrauch im neueren Schrifttum fallengelassen.

II. Die Bedeutung der Persönlichkeit bei der Entstehung des Alkoholismus

Der Alkoholismus und süchtiges Verhalten allgemein galten lange Zeit als Domäne der Psychiatrie, Toxikologie und allenfalls der Seelsorge. Bei der Sucht sind jedoch viele Bereiche des Mensch-Seins beteiligt, und so kann jeder der Wissenschaften vom Menschen wesentliche Erkenntnisse zum Problem beisteuern.

Manche Forscher sind jedoch der Versuchung erlegen, ihre Erkenntnisse allein für die endgültige Lösung des Problems zu halten. Als pointiertes Beispiel dafür sei der Biochemiker WILLIAMS (107) angeführt. Nach seiner Ansicht unterscheiden sich die Bedürfnisse an den einzelnen Nahrungsbestandteilen bei den Menschen quantitativ auf Grund genetisch bedingter Unterschiede in der "biochemischen Individualität". Eine für die Mehrheit "normale" und hinreichende Ernährung bringe deshalb für manche Menschen einen Mangel für einen Bestandteil, z.B. Vitamine, Mineralien oder Aminosäuren, mit sich. Diesen Mangel versuche nun der Patient durch Alkohol auszugleichen. Deshalb nimmt WILLIAMS an, "daß bei jedem Alkoholiker die richtige Nahrungszusammensetzung das Verlangen beseitigt."

In den letzten Jahren jedoch beginnt sich eine Betrachtungsweise durchzusetzen, die von der Erkenntnis ausgeht, daß der Alkoholismus in seiner Entstehung und Entwicklung ein äußerst komplexes und von zahlreichen Faktoren bestimmtes Phänomen ist. Jede der genannten Wissenschaften kann notwendige Bedingungen für die Entstehung des Alkoholismus aufzeigen, diese sind jedoch in der Mehrzahl der Fälle für sich allein nicht ausreichend. Erst ihre Gesamtheit wird ausreichen, um im Einzelfall jede Alternative zum Alkoholismus auszuschließen.

Am Beginn dieser Betrachtung, die sich mit einem Teilproblem bei der Entstehung des Alkoholismus befaßt, soll deshalb der Versuch unternommen werden, die vielen beteiligten Elemente

zu ordnen und insbesondere in einen Zusammenhang zueinander zu bringen.

Es sei einmal angenommen, daß es einen definierten Moment in der Geschichte des Patienten gebe, der den Beginn des Alkoholismus darstellt. Die in diesem Moment bestehende Konstellation ursächlich beteiligter Faktoren verdankt ihre Existenz zu einem Teil den "Anlagen" des Patienten, zu einem anderen Teil ist sie das Ergebnis einer Kette von dynamisch verknüpften Ereignissen.

Wenn im Mittelpunkt dieser Arbeit sozusagen das Momentbild des Alkoholismus-Beginns steht, so soll damit keineswegs die Bedeutung des Dynamischen geleugnet werden; in den Explorationen hat sich im Gegenteil seine zentrale Rolle immer wieder gezeigt. Die hier gewählte Betrachtungsweise soll vielmehr ermöglichen, das Prämorbide in der Persönlichkeit des Alkoholikers besser zu erfassen.

Es ist klar, daß die strikte Trennung der dynamischen Momente vom habituell-Anlagemäßigen in gewisser Weise theoretisch ist und sich im konkreten Fall nicht vollständig durchführen läßt; im Interesse der gedanklichen Klarheit soll dieser Ansatz jedoch trotzdem zugrundegelegt werden.

Die Faktoren, die zum Zeitpunkt des Beginns des Alkoholismus zusammenwirken, lassen sich in drei Gruppen einteilen:

A = Faktoren im Bereich des Somatischen
B = Faktoren in der Persönlichkeit
C = Faktoren in der Umwelt.

A seien körperliche Besonderheiten im weitesten Sinn; die erwähnten stoffwechselchemischen Phänomene würden in diese Gruppe gehören, desgleichen beispielsweise gewisse Arten von organisch bedingtem Tremor, die durch den Genuß von Alkohol gemildert werden (NAVRATIL [66]) oder endokrine Störungen (SMITH [90]).

B seien in der Persönlichkeit begründete Momente, die in Form von anlagemäßig bedingten bzw. habituellen Haltungen vorliegen können oder als erworbene, in der Auseinander-

setzung mit der Umwelt entstandene Haltungen und Fehlhaltungen.

C umfasse situative Gegebenheiten wie berufliche oder familiäre Schwierigkeiten; kulturell-soziologische Besonderheiten wie Einstellungen und Gebräuche der Gesellschaft, welcher der Mensch angehört, in Bezug auf Alkohol; sowie Kontakt mit Alkohol.

Diese Faktorengruppen existieren und entwickeln sich nun nicht isoliert voneinander, sondern sind, wie bereits angedeutet, vielfältig ineinander verzahnt und voneinander abhängig. So sind beispielsweise die habituellen Haltungen eines Menschen nicht nur ein Spiegelbild seiner Anlagen, sondern auch ein Produkt dynamisch wirkender Einflüsse von Seiten des Somatischen und der Umwelt auf die Entwicklung seiner Persönlichkeit.

In der Konstellation, aus der heraus Alkoholismus entsteht, können die einzelnen Elemente in ihrer Ausgeprägtheit und damit in ihrer Bedeutung für die Entstehung des Alkoholismus variieren. Die Akzente liegen daher von Fall zu Fall verschieden. Sicher können sich die Faktoren bis zu einem gewissen Grad gegenseitig ersetzen; manche Autoren gehen sogar so weit, anzunehmen, daß das Vorhandensein eines einzigen Faktors ausreicht, um Alkoholismus hervorzurufen. WILLIAMS (107) berichtet beispielsweise von einem Alkoholiker, der durch Gaben von Glutaminsäure "wie durch ein Wunder" von seinem süchtigen Verlangen befreit worden sei. Hier würde es sich also um eine extrem stark ausgeprägte stoffwechselchemische Deviation handeln, die auch bei einer sonst völlig unauffälligen Konstellation insbesondere auch im Bereich der Persönlichkeit ausreicht, um Alkoholismus zu provozieren. RADO (76) spricht von einer Persönlichkeitskonstellation, welche die - hypothetischen - süchtigen Züge in so ausgeprägter Form enthält, daß es außer des Kontakts mit dem Suchtmittel keines anderen Anlasses bedarf, um Sucht zu erzeugen.

Wenn solche, nur durch ein einziges Element bestimmte Fälle auch vorkommen mögen, dürften sie doch seltene Ausnahmen darstellen, und es ist bei der großen Mehrzahl anzunehmen, daß der Alkoholismus durch ein Zusammenspiel von zahlreichen Faktoren aus allen drei Gruppen entsteht.

Es zeigt sich also, daß bei der Entstehung des Alkoholismus die Persönlichkeit ein Faktor unter vielen ist. Ihre Bedeutung wechselt von Fall zu Fall. Aus ihrer Kenntnis wird man meist Wesentliches für das Verständnis der Psychodynamik entnehmen können, eine allein ausreichende Erklärung wird sie jedoch nur selten bieten.

III. Gibt es eine "alkoholische Persönlichkeit"?

Es herrscht weitgehend Einigkeit, daß die Persönlichkeit bei der Entstehung des Alkoholismus eine hervorragende Rolle spielt. So wurden zahlreiche Versuche unternommen, "die alkoholische Persönlichkeit" zu beschreiben und zu verstehen. Ihre Ergebnisse waren zum Teil so widersprüchlixh, daß LEMERE (49) sie 1956 folgendermaßen zusammenfaßte: "Es bleibt nur ein Charakteristikum, das allen Alkoholikern gemeinsam ist, und das ist, daß sie zu viel trinken." Und WEXBERG (104) schrieb: "Wir glauben nicht, daß es eine alkoholische Persönlichkeit gibt, die vor der Entwicklung der Sucht bestünde." Er fügt hinzu: "Es gibt keine spezifische Psychodynamik bei Alkoholikern. Die gleiche psychopathologische Grundkonstellation kann sowohl zur Sucht als auch zu anderen Arten der Fehlanpassung führen. Die Symptomwahl hängt von einer Reihe von Faktoren ab, die den Gang im Einzelfall bestimmen."

Mit diesen beiden Feststellungen - a) daß eine Gruppe von Alkoholikern ein breites Spektrum von Persönlichkeiten biete, möglicherweise ein ebenso breites wie "Normale" und psychiatrische Patienten zusammen und b) daß dieselbe psychopathologische Konstellation zu Sucht wie zu anderen Fehlanpassungen führen kann - würde man der Persönlichkeit bei der Entstehung des Alkoholismus nur eine unbedeutende Rolle zuerkennen.

Was die Symptomwahl anbetrifft, mag man vielleicht den Standpunkt der Psychoanalyse nicht teilen, daß ausschließlich Biographisches, d.h. also die historische Persönlichkeit, die Natur des Symptoms bestimmt und daß die krankmachenden Umstände nur provozieren aber nicht determinieren. Wenig plausibel erscheint aber auch die Annahme, daß ausschließlich die Umstände die Wahl des Symptoms bestimmen und daß die Persönlichkeit außer mit einer unspezifischen

Bereitschaft zur Krankheit nicht daran beteiligt ist. Aus der Erfahrungstatsache, daß in gleichgearteten psychischen Krisensituationen - soweit sich diese überhaupt vergleichen lassen - verschiedene Menschen ganz verschiedene Symptome entwickeln, kann man schließen, daß jede Persönlichkeit eine gewisse Tendenz zu "ihrem" Symptom enthält. Konkret ausgedrückt: ob ein Mensch in einer bestimmten Situation Alkoholiker wird oder eine Konversionsneurose entwickelt, ist zumindest a u c h eine Funktion der Persönlichkeit.

Es besteht kein Grund anzunehmen, daß bei jedem Menschen nur jeweils die Tendenz zu einem einzigen Symptom besteht. Man könnte sich vorstellen, daß hier - wie es ja bei anderen psychischen Phänomenen ebenfalls häufig angenommen wird - eine hierarchische Gliederung von mehreren Tendenzen vorliegt. Wieder konkret ausgedrückt: ein Mensch, der eine starke Tendenz zum Alkoholismus und eine schwächere zur Konversionsneurose besitze, würde beispielsweise in einem kulturellen Milieu, in dem das Trinken üblich ist, Alkoholiker werden und in einem Milieu, welches das Trinken mit schweren moralischen Sanktionen belegt, eine Konversionsneurose entwickeln. So betrachtet, wäre also auch den Umständen eine gewisse Symptom-formende Wirkung zuzuerkennen.

Wenn manche Untersucher bei dem Versuch, "die alkoholische Persönlichkeit" darzustellen, vor der Vielfalt der sich bietenden Persönlichkeitsbilder die Waffen gestreckt haben, kommt dies vielleicht daher, daß sie das Problem in der Annahme angingen, daß alle Alkoholiker eine Gesamtkonstellation von Zügen gemeinsam haben oder daß es doch zumindest einige "alkoholische Typen" gebe. Edith LISANSKY (53) hat die Gegenargumente so gefaßt: "Diese Haltung übersieht alles, was bekannt und anerkannt ist von menschlicher Variabilität, individuellen Verschiedenheiten und der Einmaligkeit jeder Persönlichkeit... Man darf nicht von "der alkoholischen Persönlichkeit" sprechen, sondern ... von einem

Muster von Zügen, das den meisten Alkoholikern gemeinsam ist und das die präalkoholische Persönlichkeit charakterisiert." Dabei scheine die Annahme sinnvoll, daß es nicht nur ein Muster gebe, sondern mehrere. "Es besteht kein Grund anzunehmen, daß prädisponierte Individuen mehr gemeinsam haben als dieses hypothetische Muster von Zügen." ZWERLING (112) formuliert diese Ansicht vom Standpunkt des Klinikers folgendermaßen: "Eine Konstellation von Eigenschaften kann durchaus die Grundlage für das Entstehen von süchtigem Trinker sein und doch in eine solche Vielfalt von Charakteren eingebettet, daß sie den Augen verborgen bleibt, die sich nur auf die hervorstechendste Integration der Gesamtpersönlichkeit richten, wie sie sich in der klinischen Diagnose ausprägt."

Ein weiteres Phänomen legt die Vermutung nahe, daß der zukünftige Alkoholiker gewisse Voraussetzungen von Seiten der Persönlichkeit mitbringen muß: nicht alle Menschen können Alkohol zur Lösung psychischer Probleme benutzen. So schreibt LEMERE (48): "Wir alle haben Patienten kennengelernt, auch schwere Neurotiker, die mit Absicht versuchten, ihre Sorgen in Alkohol zu ertränken, denen es aber nicht gelang, weil sie sich durch das Trinken nur noch schlechter fühlten". Und LOLLI (54) sagt: "Weder die Natur der Konflikte, noch ihre abnorme Schwere sind bezeichnend für den Alkoholiker, sondern die Art, sie unrealistisch zu lösen mit Hilfe von Alkohol." Die Fähigkeit des Alkohols, Probleme zu lösen, ist also nicht nur eine pharmakologische Eigenschaft des Getränks, sondern auch eine Funktion der Persönlichkeit dessen, der ihn trinkt. In der Charakterstruktur müßte deshalb ein Korrelat für die Fähigkeit, Alkohol als Problem-lösendes Mittel verwenden zu können, vorhanden sein. Diese Fähigkeit und ihr hypothetisches charakterologisches Korrelat hat mit der "alkoholischen Persönlichkeit" gemeinsam, daß sie bei allen Alkoholikern vorhanden sein müssen, daß sie aber auch bei einem Teil der "Normalen" zu finden sein werden.

Es muß nun das, was in dem eingangs verwendeten Schema in der Faktorengruppe B "Faktoren in der Persönlichkeit" genannt wurde, schärfer umrissen werden. Es handelt sich dabei um zwei Anteile: a) eine spezifische Tendenz zum Alkoholismus, sozusagen das "Alkoholische", die vorhanden sein muß und nicht (oder nur in Ausnahmefällen) durch andere Faktoren ersetzt werden kann und b) um unspezifische pathologische Verformungen, die vorhanden sein können, die aber auch fehlen und durch Faktoren außerhalb der Persönlichkeit ersetzt werden können. Wenn jener hypothetische alkoholische Kern der Persönlichkeit fehlt, schließt das natürlich nicht aus, daß der Mensch in einer entsprechenden Konstellation psychisch dekompensiert, nur wird er eben nicht Alkoholiker werden.

In diesem Zusammenhang bewährt sich gedanklich eine von KNIGHT (47) vorgeschlagene Unterscheidung in essentielle und reaktive Trinker. (Seine Termini werden hier entsprechend der dargelegten Theorie in etwas anderem Sinn gebraucht, als er selbst es tut.) Die beiden Typen bilden die Enden eines Kontinuums. Der rein essentielle Trinker weist neben dem "Alkoholischen" noch so stark ausgeprägte andere Anomalien in der Charakterstruktur auf, daß bei ihm der Kontakt mit Alkohol allein ausreicht, um ihn zum Alkoholiker werden zu lassen. Der rein reaktive Trinker ist abgesehen davon, daß seine Persönlichkeit das "Alkoholische" enthält, ein völlig normaler und, wenn man so will, gesunder Mensch. Bei ihm kommt es durch überwältigende situative Schwierigkeiten zum Alkoholismus.

Aus diesen Überlegungen wird klar, daß die Züge, die nun tatsächlich von den einzelnen Autoren in der Persönlichkeit von alkoholischen Patienten gefunden werden, wahrscheinlich in den meisten Fällen mehr umfassen als das eigentlich "Alkoholische", die spezifische Disposition zum Alkoholismus. Insofern brauchen die zahlreichen Widersprüche und Unstimmigkeiten in den Ergebnissen durchaus nicht von vorneherein als Beobachtungsfehler gewertet zu werden; es handelt sich eben

nicht um die Disposition zum Alkoholismus, und die Schwankungsbreite ist in der Variabilität der menschlichen Natur begründet. Wenn repräsentative Autoren wie Mary Jane SHERFEY (85), M. BLEULER (8), BOWMAN and JELLINEK (11), LOLLI (55), WEXBERG (104) der Ansicht sind, daß eine krankhafte Persönlichkeit keine notwendige Voraussetzung für die Entstehung des Alkoholismus ist, so bedeutet dies noch keinen Widerspruch zu der hier vertretenen These, es spiegelt sich in diesen Ansichten eine mehr globale Betrachtungsweise, die sich auf die Persönlichkeit in ihrer Gesamtheit richtet.

IV. Schwierigkeiten beim Studium der Persönlichkeit des Alkoholikers

Zu den Problemen, die beim Studium einer Gruppe von Alkoholikern auftreten, gehören einmal die Schwierigkeiten, die das Befassen mit der Persönlichkeit an sich mit sich bringt. Dazu kommen noch spezielle Probleme, die durch den langdauernden Alkoholgenuß des Patienten ins Spiel gebracht werden.

Die erste Gruppe der Probleme soll hier nur gestreift werden. Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten, die Persönlichkeit zu erfassen. Die erste ist die klassische Methode der Psychiatrie, eine klinische, "subjektive" Methode: die Exploration. Ihre Brauchbarkeit in der Persönlichkeitsforschung ist in neuerer Zeit von den Vertretern der objektiven Psychologie häufig in Zweifel gezogen worden. Der Satz: "Psychiatrisch gesehen, kann man so ziemlich alles in einer Gruppe von Alkoholikern finden, was man sucht" (SMITH [88]) ist ein Vorwurf, dem sich die klinische Methode immer wird stellen müssen. Wenn sich jedoch der Untersucher bemüht, ohne Vorurteile oder Lehrmeinungen an das Problem heranzugehen, erschließen sich ihm mit dieser Methode Tiefen und Feinheiten, die - zumindest bislang - keiner anderen Methode zugänglich sind.

Die klinische Untersuchung ist beim Süchtigen dadurch erschwert, daß er dem Arzt gewöhnlich feindselig und mißtrauisch gegenübersteht (SCHULTE [81]), allerdings scheint dies beim Alkoholiker noch relativ am wenigsten der Fall zu sein. (BUTTON [18] , KNIGHT [46].)

Die andere Möglichkeit, die Persönlichkeit zu erfassen, ist die Verwendung von Testen, bei denen es zwei Techniken gibt, die projektiven und die nicht-projektiven. Die nicht-projektiven sind methodisch exakt, die Ergebnisse sind reproduzierbar und vom Untersucher unabhängig, ihre Auswertung geschieht gewöhnlich mit statistischen Methoden. Sie haben

den Vorteil, daß sie ein Minimum an theoretischen Vorstellungen oder Vorurteilen ins Bild bringen. Man kann jedoch mit ihrer Hilfe bislang wenig tiefere Einblicke in das Gefüge einer Persönlichkeit erlangen. Ob dies seinen Grund darin hat, daß sich die Persönlichkeitsteste gegenwärtig noch ziemlich in ihren Anfängen befinden oder ob diese Unzulänglichkeit im Wesen der testenden Psychologie liegt, muß die Zukunft entscheiden. Die Feststellungen, die man bisher mit der Hilfe der nicht-projektiven Teste treffen kann, beziehen sich häufig auf Phänomene, über die bei den Klikern sowieso weitgehend Einigkeit herrscht. Selbst EYSENCK (27), ein profilierter und entschiedener Vertreter der objektiven Psychologie, gibt zu, daß, wenn seine Richtung auch die Zuverlässigkeit der klinischen Methoden in Zweifel ziehe, sie ihnen doch bis jetzt nichts Gleichwertiges entgegenzusetzen habe.

Die projektiven Teste sind besonders umstritten. Diese Technik soll mit Hilfe von Standard-Reizen tiefe Persönlichkeitsreaktionen ans Licht bringen. Die Antworten bedürfen jedoch der Interpretation durch den Untersucher, und "ein 'subjektives' Element muß ... hereinkommen. Eine Technik der Interpretation muß in Abhängigkeit von der theoretischen Orientierung des Untersuchers variieren ... So basieren die interpretierenden Kommentare oft entweder auf schon vorher bestehenden Ideen über Alkoholiker oder auf orthodoxen Interpretationen der verschiedenen Test-'Zeichen', Interpretationen, die nicht notwendigerweise mit der getesteten Person etwas zu tun haben." (SYME [95]) EYSENCK (27) hält so wenig von den projektiven Testen, daß er den Rorschach-Test an seiner Londoner Klinik ganz abgeschafft hat. Bei uns wird dieses Mißtrauen beispielsweise von WEITBRECHT (102) geteilt.

Neben diesen allgemeinen Problemen bietet das Studium der Persönlichkeit des Alkoholikers eine Reihe von speziellen Schwierigkeiten. Das Hauptproblem ergibt sich daraus, daß der Alkoholiker gewöhnlich erst dann zur Beobachtung kommt,

wenn sich nach jahre- oder Jahrzehntelangem Trinken irgendwelche Komplikationen eingestellt haben. In dieser Periode des Trinkens erleidet die Persönlichkeit Veränderungen. Das Auffallendste daran ist in CIMBALs (21) Worten: "Der Alkoholismus macht die Menschen merkwürdig einförmig." Diese Homogenität im Persönlichkeitsbild in einer Gruppe von Alkoholikern mit langer Anamnese war sicher der Grund, daß ursprünglich mit Selbstverständlichkeit von "der alkoholischen Persönlichkeit" die Rede war. WEXBERG (104) berichtigt dies: "Die alkoholische Persönlichkeit ist eine Folge des Alkoholismus und besteht nicht vorher."

Da sich dieses aus langem Alkohol-Konsum entstandene Persönlichkeitsbild sozusagen vor die prämorbide Persönlichkeit schiebt und sich dem Untersucher unmittelbar bietet, seien an dieser Stelle zwei Schilderungen aus der Literatur angeführt. Die eine stammt von TIEBOUT (98). Er umreißt sie mit dem Wort "egozentrisch". Die zentralen Züge sind:

a) Ein unbewußter Drang zu dominieren. Er zeigt sich manchmal direkt, häufiger ist er kunstvoll verborgen und zeigt sich indirekt als Suche nach erregenden Erlebnissen, Ärger über die Routine, Freude am gefährlichen Leben, Profitieren aus der Krankheit, Eintreten für Freiheit und Unabhängigkeit für sich selbst und andere.

b) Ein vorwiegend ablehnender, feindseliger Gefühlston. Er zeigt sich in einer säuerlichen, zynischen, pessimistischen Stimmung, Kritisieren ohne Grund und in der Ansicht, daß die Welt und die Menschen schlecht sind und das Gute nur Schein.

c) Eine Fähigkeit zu ekstatischen Erlebnissen, in denen alle feindseligen Haltungen vorübergehend in einem Überschwang von bejahenden Gefühlen untergehen. Die Suche nach ekstatischen Erlebnissen ist ein Versuch, das vorherrschende Grau in ihrem Leben aufzuhellen; sie zeigt sich in häufigen sexuellen Abenteuern, übersteigerter Reaktion auf ästhetische Reize, Freude am Sprechen über Dinge von hoher Bedeu-

tung. Aus dieser Erscheinung kommt TIEBOUT auf eine Definition des Alkoholikers: "er ist ein Mensch, der mit beiden Beinen fest in der Luft steht."

d) Ein Gefühl der Isoliertheit. Es klafft ein Abgrund zwischen dem Alkoholiker und den anderen Menschen; er sehnt sich danach, eine Brücke zu schlagen, aber er weiß nicht, wie. Er möchte verstanden werden, und doch lehnt er jeden ernsthaften Versuch der Welt, ihn zu verstehen, ab.

e) Gefühle von Unterlegenheit und Überlegenheit, die gleichzeitig existieren.

f) Ein Streben nach Perfektion. Der Alkoholiker richtet sich nach idealistischen Normen und versagt daher häufiger als der gewöhnliche Mensch. Dies führt zu überwältigenden Schuldgefühlen.

Auch STAEHELIN (93) hat den Veränderungen, die sich aus langdauerndem Alkoholismus ergeben, eine Abhandlung gewidmet. Sie betreffen für ihn vor allem:

a) Die Affektivität. Sie ist gekennzeichnet durch Maßlosigkeit und raschen Wechsel der Gefühle. Gefühle mit egoistischer Grundeinstellung treten in den Vordergrund.

b) Die Stimmung. Der Alkoholiker ist gewöhnlich gemütlich und optimistisch, dies kann aber leicht umschlagen in Reizbarkeit und "heulendes Elend".

c) Das Denken. Die Auffassung ist rasch, oft überstürzt und unscharf.

d) Das Gedächtnis. Es wird beeinträchtigt durch die Denkstörungen, aber auch dadurch, daß er sich nur an das erinnert, was den Affekten entspricht. Die Denk- und Gedächtnisstörungen sind nicht durch Schädigungen des Cortext bedingt, sondern sind eine Folge der Affektstörungen.

e) Die Triebe. Vor allem der Sexual- und der Aggressionstrieb werden entfesselt. Die Triebe im Dienst der Selbsthingabe verschwinden nicht, sondern verlieren zeitweilig ihre Kraft.

So bieten die Alkoholiker auf Grund der vom Alkohol gesetzten Veränderungen ein ziemlich homogenes Bild. Aus einer Gruppe von Alkoholikern nun das herauszufinden, was vor dem Beginn des Alkoholismus bestand, ist eine der großen Schwierigkeiten bei der Suche nach der prä-alkoholischen Persönlichkeit. Hierfür erscheint mir die klinische Methode besonders geeignet. Durch die Erhebung einer vertieften biographischen Anamnese kann sie die historische Entwicklung erschließen, jenen entscheidenden Moment oder Zeitraum des Beginns des Alkoholismus rekonstruieren. Mit Hilfe dieser Methode kann man in einem gewissen Umfang die durch den Alkohol-Konsum gesetzten sekundären Veränderungen eliminieren, eine Aufgabe, die mit Testen, insbesondere nicht-projektiven, nicht leicht lösbar erscheint (SYME [95] , Edith LISANSKY [53]).

Ein Aspekt der Persönlichkeitsveränderungen ist den objektiven Methoden besonders gut zugänglich, Veränderungen der Intelligenz. Während viele Kliniker wie M. BLEULER (7), BUMKE (15), HOFF (39), STRECKER et al. (94), MAYER-GROSS et al. (61) der Ansicht sind, daß langdauernder Alkoholismus eine schwere Abnahme der Intelligenz verursacht, haben Nachprüfungen mit Hilfe von Testen kein eindeutiges Ergebnis erbracht. - Bei den meisten Untersuchungen erreicht die Intelligenz der Alkoholiker nicht die "Norm". BOSINELLI und CHARLONI (9) verglichen Alkoholiker mit einer Gruppe von wahllos aus der Bevölkerung gegriffenen Personen und fanden eine beträchtliche Minderung des IQ; DAUMEZON et al. (23) und SYMON (96) stellten fest, daß der IQ der Alkoholiker hinter der Norm zurückblieb. Gruppen von Alkoholikern, so wie sie an einer Klinik oder Anstalt zu beobachten sind, sind jedoch immer das Ergebnis einer Auslese irgendwelcher Art. Gewöhnlich wird es eine negative sein: höhere soziale Schichten können länger oder ganz die Klinik-Einweisung vermeiden; viele verhältnismäßig gut kompensierte Alkoholiker werden nie eingewiesen, würden aber das Testergebnis verbessern. Ein Vergleich mit der Durchschnittsbevölkerung

ist deshalb ohne Überprüfung der übrigen Charakteristika fragwürdig.

Andere Autoren machten den Versuch, solche durch die Auswahl der untersuchten Gruppe bedingte Faktoren auszuschalten. BAUER and JOHNSON (3) verglichen Alkoholiker mit anderen emotional gestörten Nicht-Trinkern mit Hilfe des Wechsler-Intelligenz- und des Wechsler-Gedächtnis-Tests sowie des Raven Progressive Matrices und konnten keinen Unterschied zwischen den Ergebnissen der beiden Gruppen feststellen. KALDEGG (44) fand, daß der IQ durch die Nachwirkungen des Trinkens vorübergehend herabgesetzt ist, daß aber der potentielle IQ, der aus den Wortschatzfragen als dem durch solche Einflüsse am wenigsten verletzlichen Teil des Tests ermittelt wurde, durchaus für seine Gruppe angemessen war. KAIJ (43) untersuchte diese Frage mit Hilfe von eineiigen Zwillingspaaren, von denen der eine Teil Alkoholiker war: "Bei Vergleichen innerhalb der Paare stellte sich heraus, daß keine klinische Diagnose, einschließlich organische geistige Störungen, mit den weiter fortgeschrittenen Trinkgewohnheiten zusammenhing."

Ein besonderes Problem bringt das Studium von Alkoholikern auch dadurch mit sich, daß die durch Alkohol gesetzten Veränderungen, wie bei KALDEGG (44) angedeutet, z.T. reversibel sind und daß der Rückgang eine deutliche Abhängigkeit von der Zeitspanne, in der kein Alkohol mehr getrunken wurde, zeigt. Auch bei der Aufnahme in die Klinik als "psychopathische Persönlichkeit" diagnostizierte Bilder können sich im Zuge des Aufenthalts weitgehend zurückbilden (FRAME and OSMOND [30]).

Ein Vorbehalt, den man bei Verallgemeinerungen von Beobachtungen an einer Gruppe von Alkoholikern machen muß, ergibt sich aus der Tatsache, daß die Einweisungsprozeduren der verschiedenen klinischen und anderen Institutionen eine Auswahl mit sich bringen. So ist manches, was lange Zeit als "typisch" für den Alkoholiker angesehen wurde, in Wirklichkeit eine Frage der Auswahl und nicht eine Folge des

Alkoholismus. WELLMAN et al. (103) weisen beispielsweise darauf hin, daß an ihrer Klinik, einer von der vornehmen Welt frequentierten Privatklinik mit beträchtlichen Honoraren, die Alkoholiker durchaus keine von der Norm abweichende Ehescheidungsrate sowie Stabilität im Beruf und auch sonst keine groben Auffälligkeiten zeigten. Es erscheint wahrscheinlich, daß die Zahl und Variationsbreite der psychologischen und psychopathologischen Phänomene mit der Zahl der untersuchten Alkoholiker zunimmt.

Die Tatsache, daß es mit Hilfe von Testen oft nicht gelingt, Alkoholiker von Normalen oder anderen emotional Gestörten zu unterscheiden, könnte man sich vielleicht damit erklären, daß möglicherweise auch normale Menschen die Tendenz zum Alkoholismus haben, nur daß es bei ihnen nicht zum Ausbruch der Sucht kommt, weil die übrigen provozierenden Faktoren nicht genügend ausgeprägt sind. Aus der weiten Verbreitung, die der Alkohol in unserer Kultur hat, könnte man schließen, daß er bei vielen Menschen jene problemlösende Funktion ausüben kann. Mit anderen Worten: es wäre denkbar, daß ein guter Teil der "Normalen" die "Disposition zum Alkoholismus" hat, so daß das Versagen der Teste daraus zu erklären ist und nicht aus methodischen Unzulänglichkeiten.

V. Die Persönlichkeit des Alkoholikers in der Literatur

1. Die psychoanalytische Theorie

Von den Strömungen, die versuchten, über das rein Deskriptive hinaus eine systematische Theorie der Sucht aufzustellen, ist die traditionsreichste die Psychoanalyse. Sie hat sich des Problems nicht zuletzt deshalb besonders angenommen, weil die Sucht geradezu als Schulbeispiel für eine Anwendung der analytischen Theorien gelten kann. Dabei hat sie der prämorbiden Persönlichkeit besondere Aufmerksamkeit gewidmet, denn "das psychoanalytische Studium des Problems... beginnt mit der Erkenntnis, daß nicht das toxische agens, sondern der Impuls, es zu benutzen, eine bestimmte Person zum Süchtigen macht." (RADO [75]). Dabei wird scharf unterschieden zwischen den Persönlichkeitscharakteristika, die Voraussetzung sind für die Sucht und denen, die sich in ihrem Verlauf herausbilden.

Der potentiell Süchtige weist in der analytischen Betrachtungsweise Störungen in seiner psychosexuellen Entwicklung auf. Entweder sie hat gar nicht das normale Endziel des genitalen Primats erreicht: Fixierung; oder sie ist zwar bis zur genitalen Organisation fortgeschritten, aber diese ist so unstabil, daß sie bei geringen Anlässen zusammenbricht und auf vorhergehende Stufen zurückfällt: Regression (FENICHEL [29]). Es gibt verschiedene Stufen der Fixierung oder Regression, welche die Persönlichkeit des potentiell Süchtigen charakterisieren können; die wichtigste ist die orale. In diesem ersten Entwicklungsstadium der infantilen Sexualität ist die libido "amorphe erotische Spannungsenergie" (RADO [74]). Sie hat noch nicht die Objektbezogenheit der späteren Formen; "Objekte sind nichts anderes ... als Versorger" (FENICHEL). Die führenden erogenen Zonen sind Mund und Haut, und das Ziel dieser libido ist passiv-narzißtischer Natur. Passiv, weil eine Befriedigung oraler Ansprüche beim Kleinkind anders gar nicht mög-

lich ist, und narzißtisch, weil diese Befriedigung eine Erhöhung der Selbstachtung mit sich bringt.

Für RADO (75) ist dieser Narzißmus der Kern des süchtigen Geschehens. In der frühen Kindheit besteht das Ich im Glauben an seine Allmacht als "narzißtische Urgestalt", die immer als ein Ideal in der Erinnerung lebt. Unter dem Einfluß der Erfahrung jedoch muß die Selbsteinschätzung bescheidener werden, das mühevolle Befassen mit der Umwelt führt zu einer "realistischen Steuerung des Ichs". Wenn diese geschwächt ist durch äußere Widrigkeiten oder durch Störungen in der Entwicklung der libido und wenn der Narzißmus des Ichs auf höchster Befriedigung besteht, reagiert dieses im Angesicht von Frustrationen mit "gespannter Depression". Diese "gespannte Depression" sensibilisiert den Patienten für den pharmakogenen Lusteffekt; im pharmakogenen Rausch gewinnt das Ich seine narzißtische Urgestalt zurück.

Der potentiell Süchtige ist also nach RADOs Ansicht gekennzeichnet durch einen besonders ausgeprägten Narzißmus. Die geringe Frustrationstoleranz und die Eigenart, auf Frustrationen mit "gespannter Depression" zu reagieren, sind Folgen des Narzißmus. Die gestörte Entwicklung der libido ist kein selbständiger Faktor, sondern nur dann an der Entwicklung der Sucht beteiligt, wenn eine neurotische Lösung des libido-Konflikts, die gewöhnlich eine Verringerung der Selbstachtung mit sich bringt, wegen des Narzißmus unmöglich gemacht wird.

Für SIMMEL (86) beginnt der süchtige Zyklus auf der phallischen Stufe der Persönlichkeitsentwicklung mit der Aktualisierung des für diese Phase typischen Kastrations- und Onanie-Konfliktes. Der Süchtige regrediert jedoch nach dem Beginn der Sucht rasch auf die orale Stufe oder noch weiter: bis auf die intestinale.

KNIGHT (46) hat diese allgemeine analytische Sucht-Theorie für den Alkoholismus abgewandelt. In seiner Betrachtungsweise bringt das Stillen für das Kind Erleichterung von der Spannung des Hungers und ein Gefühl von Sicherheit

durch die Gegenwart der Mutter. Dadurch wird das Kind daran gewöhnt, bei Unbehagen Erleichterung davon zu erwarten, daß es etwas in den Mund steckt. Wenn die Mutter beim Füttern, Abgewöhnen des Daumenlutschens usw. Nachgiebigkeit und Strenge sorgsam abwägt, wird sich das Kind normal entwickeln. "Aber die übernachgiebige Mutter wird eine Reaktionsneigung von enormer Stärke erzeugen." Auf das Entwöhnen reagiert das Kind dann mit Wut, es fühlt sich von der Mutter betrogen, seine oralen Wünsche nehmen zu. Da die Mutter sie nicht mehr befriedigen kann, identifiziert es sich mit ihr, um die Zuneigung des Vaters zu gewinnen. Aus dieser Konstellation entsteht die Disposition zum Alkoholismus. Sie kommt aber erst dann zum Tragen, wenn "eine bestimmte Kombination von Umständen" dazukommt. Dazu rechnet KNIGHT, daß der Patient keine echte Männlichkeit entwickelt hat; dies bedeutet auch eine oft nur leicht verborgene Homosexualität. Das Trinken und sich Betrinken in Gesellschaft gibt ihm das Gefühl, ein Mann zu sein. Die alten oralen Wünsche erwachen neu, Alkohol ist ein "neuer Schnuller", seine pharmakologische Wirkung gibt dem Trinker das kindliche Gefühl von Allmacht und Euphorie der oralen Stufe wieder.

In neuerer Zeit hat HIGGINS (37) festgestellt, daß bei etwa einem Viertel seiner Patienten Probleme um die Oralität keine sinnvolle Erklärung für die Sucht zu bieten schienen. Er kommt zu dem Schluß, daß "Disposition zum Alkoholismus auch Fixierung auf anderen Stufen der Persönlichkeitsentwicklung bedeuten kann". Dabei schließt er Konflikte auf der genitalen Stufe ein.

2. Die Entwicklungsgeschichte des zukünftigen Alkoholikers

Das dynamische Denken der Psychoanalyse, die spezifische Frustrationserlebnisse in der Kindheit und eine entsprechende Familienkonstellation postuliert mit daraus sich entwickelnden Persönlichkeitscharakteristika, zu denen für den Alkoholismus typischerweise die Homosexualität gehört, hat

auch viele nicht analytisch orientierte Autoren veranlaßt, diesen Fragen nachzugehen.

Eine Übersicht über die Eigentümlichkeiten in der Familienkonstellation, von denen in der Literatur berichtet wird, ergibt ein auf den ersten Blick verwirrendes Bild. So fanden eine verwöhnende Mutter: NAVRATIL (69), KNIGHT (46); verwöhnende und dominierende Mutter mit schwachem oder fehlendem Vater: LEVINE (51), HIGGINS (37); verwöhnende Mutter mit strengem Vater: WALL and ALLEN (100); abweisende Mutter mit schwachem oder fehlendem Vater: v. ORELLI (72), FALSTEIN (28); abweisenden Vater: TEIRICH (97); wechselhafter Vater mit Ambivalenz des Kindes als Folge: NEWELL (70), KNIGHT (46), und nach MARTENSEN-LARSEN (60) gibt es sogar Konstellationen, in denen die Großeltern mütterlicherseits entscheidend sind. J. H. SCHULTZ (83) spricht von einem "frühkindlichen Verwöhnungsschaden" ohne nähere Angaben.

Diese scheinbar widersprüchlichen Befunde sind aber doch auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen: in fast allen prägt sich eine Störung des Gleichgewichts zwischen Gratifikation und Frustration aus im Sinne einer Überbetonung eines der beiden Elemente. Die Autoren HART (35), WAHL (99), M. BLEULER (8), NAVRATIL (67), deren Untersuchungen eine größere Anzahl von Fällen zugrunde liegen, bestätigen dementsprechend dieses Prinzip und stellen keine detaillierteren Regeln auf, so daß die zuerst angeführten Ergebnisse wohl in der Kleinheit der untersuchten Gruppe begründete Sonderfälle sind. Eine "normale" Konstellation mit dem wohlabgewogenen Maß von Strenge und Nachgiebigkeit, von dem KNIGHT (46) spricht, scheint selten oder nie vorzukommen.

Auch andere Faktoren in der Entwicklungsgeschichte wurden diskutiert: bei Menschen, die zu den jüngeren unter ihren Geschwistern gehören, insbesondere bei Letztgeborenen, ist die Häufigkeit des Alkoholismus größer als es der statistischen Wahrscheinlichkeit entsprechen würde (BAKAN [2] , NAVRATIL [65]). Dies wurde von NAVRATIL (69, 65) damit erklärt, daß das letzte Kind besonders verwöhnt wird.

Der Verlust eines Elternteils vor dem 19. Lebensjahr erhöht die Neigung zum Alkoholismus nicht (OLTMAN and FRIEDMAN [71]). (Die Häufigkeit des Verlustes eines Elternteils bei der von den beiden Autoren untersuchten Gruppe von Alkoholikern war gleich wie bei einer Vergleichsgruppe von Psychotikern. Interessanterweise war sie statistisch signifikant erhöht bei einer zweiten Vergleichsgruppe von Psychoneurotikern und Psychopathen. Man könnte auch aus diesem Befund schließen, daß Alkoholismus nicht einfach ein beliebiges Symptom einer Fehlentwicklung ist.)

In den Arbeiten, die sich noch mit anderen Einflüssen befassen, tritt als häufigster Alkoholismus eines Elternteils oder in der nahen Verwandtschaft auf (M. BLEULER [8] , HART [35], OLTMAN and FRIEDMAN [71]). WALTERS (101) bestätigt dies, fügt jedoch die zu reizvollen Spekulationen verführende Beobachtung hinzu, daß unter den Vätern von Alkoholikern auch strikte Abstinenzler häufiger sind als beim Durchschnitt der Bevölkerung.

3. Die sexuelle Angepaßtheit des Alkoholikers

Eines der hervorstechendsten Charakteristika, welche die Psychoanalyse für die Persönlichkeit des Alkoholikers postuliert, ist die aus der Entwicklungsgeschichte sich ergebende - latente oder manifeste - Homosexualität. Sie ist eine Folge der Identifikation mit der Mutter; die Behauptung gilt nur für männliche Alkoholiker, eine umfassende Formulierung der analytischen Alkoholismus-Theorie für Frauen gibt es bislang nicht.

Die Verständigung wird bei diesem Problem erschwert durch die Unterschiede in den Definitionen, die bei dem Gebrauch des Wortes "Homosexualität" zugrundegelegt werden. Die Lage ist einfach im Falle der manifesten Homosexualität; sie bedeutet, daß sich die Individuen tatsächlich homosexuell betätigt haben. Hier geben die meisten Autoren an, daß ma-

nifeste Homosexualität bei männlichen Alkoholikern nicht oder kaum häufiger ist als bei einer vergleichbaren Gruppe (WEXBERG [105] , M. BLEULER [8] , LEVY [52] , WALL and ALLEN [100]). - Dagegen wird öfters von einem ausgesprochen homosexuellen Typ der Alkoholikerin gesprochen (WEXBERG [105] , BERNER und SOLMS [4, 5] , RINGEL und SCHINKO [77]).

Bei der Erörterung der latenten Homosexualität steht und fällt das Problem mit der Definition. Den Tatbestand beispielsweise der Desinteressiertheit an Frauen kann man mit ZWERLING (112) als auf einem Kontinuum zur Homosexualität liegend betrachten oder mit M. BLEULER (8) als "Liebesunfähigkeit" bezeichnen. Mit der Feststellung, "daß der Alkoholiker ein grundsätzliches homosexuelles Problem hat" und "daß Sucht nur e i n Weg ist, das Problem zu lösen" (LEVINE [51]), bezieht sich die Psychoanalyse auf Phänomene, über deren Existenz weitgehend Einigkeit herrscht, denen sie jedoch eine ihrer Theorie gemäße unbewußte Motivation zuspricht.

Die Sexualsphäre und allgemeiner die Sphäre des Umgangs mit dem anderen Geschlecht weist beim Alkoholiker schwere Störungen auf; dies ist eine Feststellung, zu der alle Autoren, gleich welcher Orientierung, kommen. M. BLEULER (8) und TEIRICH (97) sprechen von Liebesunfähigkeit und Unreife; SOLMS (91), ZWERLING (112), LEVINE (51) und WALL and ALLEN (100) fanden Verhaltensweisen, die von abgeschwächtem heterosexuellem Interesse über eine weibliche Einstellung dem Leben gegenüber bis zu aktiver Homosexualität reichten.

LEVY (52) bestätigt, daß vorübergehende homosexuelle Kontakte während des Trinkens nicht selten sind. Diese seien jedoch weitgehend autoerotisch, "eine Frau oder ein Schaf hätten es genau so getan". Diese Feststellung erklärt wohl manche Diskrepanz in den Ergebnissen und zeigt, daß man damit, gewisse Verhaltensweisen als homosexuell zu bezeichnen, zurückhaltend sein muß.

Auch mit Testen wurde die Frage nach der latenten Homosexualität untersucht. Die Arbeiten von BOTWINICK and MACHOVER (10), MACHOVER et al. (58) sowie GIBBINS and WALTERS (33) erbrachten keine Hinweise dafür, daß die Alkoholiker sich hinsichtlich ihrer Testergebnisse wesentlich von normalen Kontrollgruppen unterscheiden. Die Testmethoden sind jedoch gerade hier noch ziemlich in ihren Anfängen, so daß diese Untersuchungen noch keine definitive Antwort darstellen. (Nach der analytischen Theorie identifiziert sich der spätere Alkoholiker mit der verwöhnenden Mutter. Da allem Anschein nach dies nicht die einzig mögliche Konstellation zu sein scheint, wäre wohl auch die analytische Konsequenz von der bei ausnahmslos allen Alkoholikern vorhandenen Homosexualität zu modifizieren.)

Die Besonderheiten der Entwicklungsgeschichte des Alkoholikers und damit auch seiner Persönlichkeit geben auch der Wahl seiner Partnerin und seinem Verhältnis zu ihr ein besonderes Gepräge. Nach NAVRATIL (67) "wählt der zukünfitge Alkoholiker seine Frau oft nach dem Vorbild der Mutter oder als Mutter-Ersatz." Da die Beziehung zu seiner Mutter oft besonders innig war, heiratet er häufig erst nach deren Tod. Die Frau soll weiterhin seinen Wunsch, verwöhnt zu werden, erfüllen, aber ihre Überlegenheit wird ihm auf die Dauer unerträglich (69).

Arbeiten, die sich mit Ehefrauen von Alkoholikern befassen, haben diese Erkenntnisse bereichert. MacDONALD (57) stellte fest, daß bei 11 von 18 Patientinnen einer psychiatrischen Klinik, die mit einem Alkoholiker verheiratet waren, die psychische Dekompensation mit einem Rückgang des Trinkens des Mannes einherging. FUTTERMANN (31) und Thelma WHALEN (106) schließen aus ähnlichen Befunden, daß die Frau "auf Grund ihrer eigenen Bedürfnisse unbewußt den Alkoholismus des Mannes ermutigt". (FUTTERMANN) Joan K. JACKSON (41) schlägt zu diesen Theorien, die der Persönlichkeit der Frau provozierende und perpetuierende Wirkung auf den Alkoholismus des Mannes zusprechen, die Alternativ-Hypothese vor,

daß vieles Verhalten der Frau die unmittelbare Motivation hat, die Spannung des Augenblicks zu lösen oder die Familie zu stabilisieren und daß dies dann ungewollt Situationen erzeugt, die das Trinken fördern. Die Anpassung der Familie an den Alkoholismus des Vaters geht für diese Autorin in 7 Stufen vor sich, die mehrfache Änderungen in der Haltung der Frau mit sich bringen; sie beginnt damit, daß sie sich bemitleidet und endet damit, daß sie das Heft in die Hand nimmt.

Es ist wahrscheinlich, daß beide Möglichkeiten existieren, die Frau, die primär abnorm ist und die, die mehr oder weniger die Umstände so werden ließen. Die Ergebnisse werden sicher auch hier davon beeinflußt, daß die Untersucher vor allem fortgeschrittene Alkoholiker sehen, deren Frauen, auch wenn sie vorher unauffällig waren, sozusagen reaktiv Charakterveränderungen oder irgendwelche psychopathologische Symptome entwickelt haben.

4. Klinische Untersuchungen zur Persönlichkeit des Alkoholikers

Die klinische Erfassung des Problems begann mit der Erkenntnis, daß es sich beim Alkoholiker um einen Kranken im Sinne der Psychiatrie handelt. Die Frage nach der Persönlichkeit wurde zuerst in der Weise angegangen, daß man die jeweils üblichen diagnostischen Kategorien auf Alkoholiker anwandte, in der Annahme, daß sie sich alle aus einer solchen Kategorie rekrutieren, etwa aus der der willensschwachen oder haltlosen Psychopathen. Diese Annahme, die manches frühe Ergebnis beeinfluß haben mag, hat sich nicht bewahrheitet. In einer genügend großen Gruppe von Alkoholikern läßt sich jeder Persönlichkeitstyp dieser Typologien und jede psychiatrische Erkrankung finden. Außer dieser Erkenntnis hat uns diese globale Betrachtung für unser Wissen von der prämorbiden Persönlichkeit nicht viele wesentliche Erkenntnisse erbracht. Eine sorgfältige Untersuchung der Anamnesen vor dem Beginn des Trinkens ergab dann auch, daß eine im Sinn der erwähnten

Typologien abnorme Persönlichkeit keine notwendige Bedingung für die Entstehung des Alkoholismus ist (BOWMAN and JELLINEK [11]). So kann der Erforscher der alkoholischen Persönlichkeit primär keines der herkömmlichen typologischen Schemata verwenden. Er muß zunächst versuchen, eine möglichst große Zahl von Persönlichkeitsvariablen zu bestimmen und dann unter ihnen jene Muster von Zügen zu isolieren, die den meisten Alkoholikern gemeinsam sind. Der "Rest" der Persönlichkeit mag sich dann durchaus als für jene globale, akzentuierende Art der Klassifizierung geeignet erweisen.

a) Untersuchungen mit Nachdruck auf der Entwicklungsgeschichte

Um den Zusammenhang der vorhergehenden Abschnitte weiterzuführen, seien zunächst Arbeiten besprochen, die sich bei ihren Aussagen über die Persönlichkeit des Alkoholikers stark auf die kindliche Entwicklungsgeschichte stützen.

LOLLI (54) geht davon aus, daß sich der Alkoholismus häufig bei Menschen entwickelt, "deren Probleme weitgehend vom Weiterbestehen kindlicher Neurosen bestimmt sind". Sie werden nicht überwunden infolge von Störungen im normalen Verhältnis von angenehmen und unangenehmen Erfahrungen. - Das Kind empfindet ursprünglich Hunger als körperliche Spannung und gleichzeitig als Bedrohung seiner Existenz: Körper und Seele sind eine Einheit. Diese löst sich dann im Zuge eines normalen Reifungsprozesses auf, der Alkoholiker aber "ist immer noch an diese Einheit gekettet... Die Offenbarung, daß Alkohol eine vermischte Lust von Körper und Psyche verschaffen kann und gleichzeitig die meisten seiner spezifischen Wünsche befriedigen kann, kennzeichnet den Beginn der Sucht."

Zu diesem Streben nach "psycho-physiologischer Einheit" kommt nach LOLLIs Ansicht noch ein anderes Element: der Wunsch nach gleichzeitiger Befriedigung von entgegengesetzten Trieben. Im Anblick der Realität ist dies nicht möglich, es gelingt jedoch mit Hilfe von Alkohol, "auf dem

Umweg über eine schwere, durch Alkohol verursachte geistige Störung - einer wahren, wenn auch kurzen Psychose". So wird der Alkoholiker "Zeuge der dialektischen Identität entgegengesetzter Triebe: Abhängigkeit, Unabhängigkeit; Liebe, Haß; Selbsterniedrigung, Selbsterhöhung".

Für v. ORELLI (72) liegt der Ursprung des Süchtigwerdens im Fehlen der Beziehung zur Mutter in der Kindheit. Der spätere Süchtige ist dadurch unfähig, eine echte Partnerschaft mit einem anderen Menschen, eine "Dualunion" einzugehen. Ohne eine solche persönliche Beziehung ist auch das Erleben der eigenen Person nicht möglich, und "ohne dieses Kernerlebnis ... hat der Mensch das Gefühl der Leere". (Das Erlebnis der Leere hat JASPERS [42] für den Ursprung der Sucht erklärt.) Diese Leere versucht der Mensch durch süchtiges Welterleben auszufüllen.

Auch BUTTON (19) sieht die Wurzeln des Alkoholismus in der Kindheit. Aus frühen Faktoren allgemeiner Art (prägenitale Fixierung, Angst vor Vernichtung und besonderer Familienkonstellation) und einer unvollständigen maskulinen Identifikation entsteht das Syndrom, das der Autor "in Ermangelung eines besseren" 'psychopathische Angst' genannt hat. Dieses Syndrom ist gekennzeichnet durch Schuldgefühle, Spannung, Feindseligkeit, Depression, Gefühle von Nutzlosigkeit, Unzulänglichkeit und Unterlegenheit. Dies ist ein unerträglicher Zustand, dem begegnet wird durch die Errichtung eines Verteidigungssystems. Charakteristisch für den Alkoholiker ist nun, daß dieses Verteidigungssystem unzulänglich ist und daher jederzeit vom Zusammenbruch bedroht. Der Zusammenbruch bedeutet den Beginn des exzessiven Trinkens.

ZWERLING (112) kam bei der Untersuchung von 46 Alkoholikern zu dem Ergebnis, daß sie "regelmäßig ... verblüffend charakteristische adaptive Mechanismen und Charakterzüge zeigten":

"(a) Sie sind schizoid: sie zeigen ein grundlegendes Gefühl der Entfremdung oder Distanz von den Menschen, sie ziehen sich zurück von zwischenmenschlichen Beziehungen." Sie zeigen "unreife und oft infantile Denk- und Verhaltensweisen,

die oft in erstaunlichem Gegensatz zu ihren intellektuellen Fähigkeiten stehen."

"(b) Sie sind abhängig: ihre adaptive Haltung ist es, Sicherheit durch das sorgende Bemühen anderer zu erlangen."

"(c) Sie sind depressiv."

"(d) Sie sind feindselig."

"(e) Sie sind sexuell unreif: das sexuelle Verhalten, das das Mißlingen einer sicheren maskulinen Identifikation spiegelt, reicht von deutlich reduzierten heterosexuellen Beziehungen und leichten bis mäßigen Zeichen von Impotenz bis zu aktiver Homosexualität."

Für Edith LISANSKY (53) entsteht "aus dem Ungleichgewicht von Lust und Unlust" in Kindheit und Jugend eine disponierende Charakterstruktur. Sie umfaßt: (a) ein Bedürfnis zur Abhängigkeit, (b) unzulängliche Verteidigungsmechanismen gegen dieses Bedürfnis, diese führen zu (c) einem Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikt; dazu kommen (d) ungelöste Liebe-Haß-Ambivalenzen und (e) ein geringer Grad von Frustrationstoleranz.

Edith LISANSKY hat darauf aufmerksam gemacht, daß viele beim Alkoholismus auftretende Tendenzen in direktem Widerspruch zueinander stehen: Liebebedürfnis - Aggressivität; Narzißmus - niedrige Selbstachtung; Abhängigkeit - Unabhängigkeit. Dies kommt auch deutlich zum Ausdruck in den zitierten Arbeiten von LOLLI, NAVRATIL, BUTTON, ZWERLING. Diese Tendenzen lassen sich vereinigen unter dem Begriff der Ambivalenz. Sie tritt nach Edith LISANSKY sehr ausgeprägt in der Kindheit auf und bleibt in gewissem Umfang das ganze Leben hindurch bestehen. Der Alkoholiker ist jedoch dadurch gekennzeichnet, daß bei ihm auch im erwachsenen Leben Ambivalenzen eine führende Rolle spielen.

b) Klassifikationen der Alkoholiker an Hand der Funktionen des Alkohols

Die Erkenntnis, daß das Trinken spezifische Funktionen hat, war der Ausgangspunkt für Versuche, die Persönlichkeit der

Trinker an Hand dieser Funktionen zu beschreiben und zu klassifizieren. Diese Methode hat, da sie von einem Phänomen, das für den Alkoholismus spezifisch ist und nicht von einer Reihe anderer psychiatrischer Erkrankungen ausgeht, früh zu sinnvollen Beiträgen zur Persönlichkeitsforschung auf dem Gebiet des Alkoholismus geführt. Untersuchungen mit dieser Orientierung geben naturgemäß keine Antwort auf die Frage, warum der Alkoholiker Alkohol zur Lösung seiner psychischen Probleme benutzen kann, sondern darauf, welche Probleme er mit seiner Hilfe löst.

CIMBAL (21) unterscheidet 1926 auf diese Weise 4 Typen:

1. Entartungstrinker; sie entstehen durch familiäre Entartung und sind gekennzeichnet durch Erlebensleere und gesteigertes Reizbedürfnis.

2. Leidenschaftstrinker; sie zeigen einen gestörten Reifungsprozeß und sind den Stürmen ihres Trieblebens nicht gewachsen, Rauschgifte betäuben ihre Spannungsgefühle.

3. Stumpfsinntrinker; zu ihnen gehören Oligophrene sowie Landstreicher, Verbrecher und Haltlose. Ihr Ziel ist primitiver und passiver Genuß.

4. Selbstwertungstrinker; ihr Kennzeichen ist Machthunger und Geltungssucht in einer sehr primitiven, willensschwachen und unausgebildeten Form.

Ähnliche Typologien wurden von DERWORT (25), STAEHELIN (92) und LEVY (52) aufgestellt.

BUTTON (18) hat die Funktionen des Trinkens, die er in einer Gruppe von 87 Alkoholikern beobachten konnte, zusammengestellt, ohne den Versuch zu machen, sie zu einer Klassifikation von Trinkertypen zu verwenden. Seine Liste sei hier angeführt, um die Vielfalt der möglichen Funktionen aufzuzeigen.

"1. Er (Alkohol) bedeutet eine Lösung für den Konflikt des Patienten zwischen passiven und aggressiven Bedürfnissen.

2. Er ist ein dämpfendes Mittel für Angst, Spannung, Depression, 'Nervosität' und ähnliches.
3. Er ist ein Mittel zur Rache an einer verfolgenden Welt und gleichzeitig
4. ist er ein Mittel zur Selbstvernichtung.
5. Er dient als geselligkeitsförderndes Mittel und als sexuelles stimulans.
6. Er ist ein Mittel zur Verteidigung gegen das Syndrom von Gefühlen von Impotenz und Feindseligkeit, genannt 'psychopathische Angst'.
7. Er bietet in manchen Fällen direkte Befriedigung von Abhängigkeitsbedürfnissen.
8. Er liefert eine Entschuldigung für Versagen im Leben und
9. er führt zu einem Zustand, wo verborgene Neigungen, wie z.B. Aggression, 'gefahrlos', d.h. unbewußt befriedigt werden können.
10. Er kann ein Sedativum sein für unerträgliche Gefühle des Einmaligseins und des Andersseins.
11. Er bringt Erleichterung von körperlichem Schmerz.
12. Er ist häufig die verbotene Frucht, deren Genuß einen Schein von Unabhängigkeit und Aufruhr gegen überstrenge elterliche Verbote bedeutet, und
13. er dient als Gegenstand des Wetteiferns mit den unreifen Vorstellungen der Eltern von erwachsenem, maskulinem Verhalten.
14. Er ist ein Ersatz für Zuneigung und befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen."

c) Beschreibungen des Alkoholikers an Hand allgemeiner psychologischer Phänomene

Bei dieser Betrachtungsweise wird die Frage untersucht, ob - an sich allgemein vorhanden - psychische Vorgänge beim Alkoholiker eine besondere Tönung haben.

Bei der Beschreibung der spezifischen Seins- und Erlebensweisen galt die Aufmerksamkeit des Anthropologie zuerst hauptsächlich den mit dem süchtig-Sein verbundenen Phänome-

nen, der Struktur des prämorbid Süchtigen jedoch nur am Rande (v. GEBSATTEL [32] , ZUTT [110, 111], BRÄUTIGAM [12]). Erst in neuerer Zeit hat ALONSO FERNANDEZ (1) diesem Problem eine eigene Arbeit gewidmet. Er sagt über die phänomenologische Struktur des Alkohol-Süchtigen: "Der spätere Alkohol-Süchtige ist schon, bevor er das Getränk genossen hat, von zwei verhängnisvollen Erlebnissen bedrückt: dem des Einsamkeitsgefühls und der pathischen Hoffnungslosigkeit, welche ein niedergeschlagenes und verringertes Selbstwertgefühl in sich schließen. Der potentiell süchtige Alkoholiker beschränkt sich oft darauf, den schon zerstörten Hoffnungen zuzuschauen, ohne in irgendeiner Weise dem zerstörenden Prozeß Einhalt zu gebieten... Außerdem fühlt sich ein solcher Mensch von der Mitwelt ausgestoßen. Es mangelt ihm an beständiger, tiefer, aufrichtiger gefühlsmäßiger Verbindung zu einem anderen Menschen... Gelegentlich findet sich ein Zuviel an aggressivem Groll. Oft lassen sich Symptome einer Neurose nachweisen." Das Leben des Alkoholikers ist hauptsächlich gegenwartsbezogen und ohne Zukunft (so auch bei LEONHARD [50]). Die Vergangenheit "atmet affektive Einsamkeit, Versagung, Enttäuschung und Mißerfolge aus." So "ist der werdende Alkoholiker in eine richtungslose Gegenwart eingeengt".

Andere Aspekte wurden von BUTTON (18) untersucht. Für die (1) Art des Rapports fand er kein typisches Muster, jedoch (2) sahen sich die meisten Alkoholiker als unzulängliche, unfähige Menschen. Besonders interessant sind seine Ergebnisse bezüglich (3) der Selbstbeherrschung. Neben 51,5%, die ein Zuwenig an Selbstbeherrschung hatten, fanden sich auch 27,5% mit einem Zuviel, so daß nicht alle Alkoholiker durch den häufig postulierten Mangel an Selbstbeherrschung gekennzeichnet zu sein scheinen. (4) Die Verteidigungsmechanismen waren unauffällig, die (5) Identifikation jedoch meist gestört und nicht genügend maskulin. (6) Die zwischenmenschlichen Beziehungen waren allgemein gestört und unbefriedigend.

LEMERT (113) untersuchte mit verhältnismäßig strenger Methodik das Vorkommen der von den Klinikern häufig angeführten Neigung der Alkoholiker zur Abhängigkeit. Er stellte fest, daß sie zwar bei 40% der Fälle eine wesentliche Rolle spielte, daß sie aber beim Rest überhaupt nicht in Erscheinung trat. Er wertet dies als Bestätigung für die in neuerer Zeit häufiger vertretene Meinung, daß der Alkoholismus kein durch regelmäßig vorhandene Momente determiniertes Phänomen ist und daß deshalb nicht alle ätiologisch wesentlichen Faktoren in allen Fällen vorhanden zu sein brauchen.

5. Untersuchungen mit "objektiven" Methoden

a) Projektive Teste

An erster Stelle steht der Rorschach-Test. Die älteren Untersuchungen wurden gewöhnlich ohne Kontrollgruppen durchgeführt und in Erwartung einer einzigen Persönlichkeitskonstellation, "des Alkoholikers". Die Charakterisierung ist gewöhnlich ziemlich summarisch, so bei BILLIG and SULLIVAN (6): der Alkoholiker zeigt großen Ehrgeiz und geringe Leistungen; er zieht sich von der Umgebung zurück und hat keine harmonische Beziehung zur Realität; er neigt zu selbstsüchtiger Erfüllung seiner Wünsche; er ist emotionell gestört und zeigt geringe Selbstbeherrschung, gestörtes psychisches Gleichgewicht, schlechte Beherrschung von Stimmungsumschlägen und Wünschen, geringe Aufmerksamkeit; er hat hypochondrische Ideen. Auch SELIGER and CRANFORD (84) betonen Störungen im Verhältnis zur Umwelt und zu Mitmenschen. BUHLER and LEFEVER (14) kommen zu dem Ergebnis, daß der Alkoholiker eher den Psychopathen als den Neurotikern zuzurechnen sei. Wie jene habe er eine geringe Spannungstoleranz, er unterscheide sich von ihnen jedoch dadurch, daß er Schuldgefühle und Angst entwickle und daß sein Denken und Fühlen der Realität angemessener seien. SINGER (87) unternahm einen ersten Versuch zur Differenzierung, indem er zwei Gruppen von Alkoholikern mit Hilfe des Rorschach, Wechsler und Thematic Apperception Test verglich. Die bei-

den Gruppen waren klinisch als Neurotiker und abnorme Persönlichkeiten (character disorder) diagnostiziert worden. Es ergaben sich keine qualitativen und nur minimale quantitative Unterschiede. Die Ergebnisse hätten sich jedoch deutlich von dem unterschieden, was sonst als typisch für Neurotiker und abnorme Persönlichkeiten, die keine Alkoholiker sind, gelte. Die Persönlichkeitskonstellation für beide Gruppen sei ziemlich dieselbe gewesen: Mangel an Selbstbeherrschung; ein starkes Überich; Feindseligkeit.

KALDEGG (44) kam ebenfalls mit Hilfe des Rorschach-Tests zu dem Ergebnis, daß "die Gruppe eine Vielfalt von Persönlichkeiten aufwies, die alle mehr oder weniger neurotische Symptome zeigten... In der ganzen Gruppe gab es Zeichen für Gefühlskonflikte, aber der zugrundeliegende Konfliktstoff schien zu variieren." Und BUTTON (16), der als erster den Rorschach unter Heranziehung einer Kontrollgruppe verwandte, stellt fest: "Die Rorschach-Ergebnisse stellten sich nicht als besonders förderlich für unser Verständnis von Alkoholikern heraus... Die Rorschach-Zeichen sind gering an Zahl.. und stellen vielleicht scheinbare oder zufällige Zusammenballungen von Symptomen dar, und ... es gibt keinen überzeugenden Beweis, daß diese Zeichen Alkoholiker zuverlässig von anderen klinischen Gruppen differenzieren."

Auch einige andere projektive Teste wurden auf Alkoholiker angewandt. KLEBANOFF (45) kam mit Hilfe des Thematic Apperception Test zu dem Ergebnis, daß die Alkoholiker eine homogene Gruppe seien. Sie alle zeichnen sich vor allem durch eine dauernde Angst vor dem Versagen aus. Diese Angst führt jedoch nicht zu kompensatorischer Aggression, weil untergründige Tendenzen zu Abhängigkeit und Passivität dies unmöglich machen. Dieser unauflösbare Konflikt ist die dynamische Grundlage für den Alkoholismus, der grundsätzlich eine neurotische Reaktion ist.

Martha MURPHY (64) machte den Versuch, die in den Untersuchungen mit projektiven Testen immer wieder auftauchende geringe Frustrationstoleranz mit Hilfe des Rosenzweig

Picture Frustration Test zu erfassen. Das Ergebnis war jedoch praktisch nicht brauchbar und spiegelt nach Ansicht der Autorin eher in der Konvention und kulturell-sozialen Schichtung bedingte Reaktionen als Persönlichkeitsfunktionen wider.

NAVRATIL (68) verwandte den Figur-Zeichen-Test als Ergänzung zur psychiatrischen Exploration. Er fand Schuldgefühle, eine Dominanz des Mutterbildes, orale Fixierung und Versagung des Bedürfnisses nach Verwöhnung.

b) Nicht-projektive Teste

Hier sind grundsätzlich zwei Fragestellungen möglich. Einmal können die psychometrischen Teste, die an klinisch definierten Gruppen und gegebenenfalls an Normalpersonen standardisiert wurden, auf Alkoholiker angewandt werden. Diese Methode versucht, zu einer Aussage über die Persönlichkeit des Alkoholikers zu kommen. Es liegt in der Natur dieser Art vorzugehen, daß hier nur bereits von anderen Syndromen her bekannte Phänomene erfaßt werden. Sollte die Persönlichkeit des Alkoholikers Züge oder Mechanismen aufweisen, die nur bei ihm vorhanden sind, müssen sie dieser Methode auf jeden Fall entgehen. - Der zweite Weg besteht in dem Versuch, Teste zu konstruieren, die in der Lage sind, Alkoholiker von anderen Populationen zu unterscheiden. Bei der Verwendung dieser Instrumente wird primär nicht gefragt, was sie messen; ihre unmittelbare Aufgabe ist es, in objektiver und reproduzierbarer Weise alkoholische Gruppen zu identifizieren. Wenn sie dazu in der Lage sind, nimmt man an, daß sie etwas von dem erfassen, was für Alkoholiker typisch ist. Der zweite Schritt ist dann eine Analyse des Test-Inhalts, aus dem man versucht, Aussagen über die Persönlichkeit zu machen.

Der erste Weg wurde selten beschritten. CECCARELLI (20) bringt die MMPI-Profile von 33 Alkoholikern. Er interpretiert jedes für sich und hat der Versuchung widerstanden, ein

Durchschnittsprofil zu zeichnen. So kommt er naturgemäß nicht zu Aussagen über"die Persönlichkeit des Alkoholikers". Seine Hauptfeststellung, daß sich eine Vielfalt von Persönlichkeitsbildern zeigte, erscheint auf den ersten Blick trivial; dieser Gesichtspunkt wird noch erörtert werden.

BUTTON (17) hat ebenfalls den MMPI verwendet, den er in Verbindung mit anderen Methoden für sehr geeignet hält: "Der MMPI enthüllt ein charakteristisches und dynamisch sinnvolles Syndrom, das ... in adäquater Weise die Motive eines... Patienten für exzessives Trinken zu beschreiben scheint." Er fand einen Gipfel auf der Psychopathie-Skala (psychopathic deviate, entspricht etwa unserer asozialen Psychopathie) und einen zweiten niederen auf der Depressions-Skala, eingebettet in einen neurotischen Profiltyp. "Der Alkoholiker sieht sich als unglücklichen, gespannten, verbitterten Menschen, der sich irgendwie verantwortlich fühlt für die vielen Zeichen von Aggression und Feindseligkeit, die er um sich sieht." Im Unterschied zum Psychopathen habe der Alkoholiker ein schlechtes Gewissen. Durch Zusammenstellung derjenigen Fragen des MMPI, deren Antworten bei der alkoholischen Gruppe und einer Gruppe von Normalen in statistisch signifikanter Weise differierten, kam BUTTON auf eine Alkoholismus-Skala von 59 Fragen. Ein Versuch ergab, daß sie Alkoholiker auch von nicht-alkoholischen psychiatrischen Patienten unterscheidet.

MANSON (59) entwickelte auf die gleiche Weise aus Fragen aus einer Reihe von Testen eine Skala, die Alkoholiker von Normalen unterscheidet. Durch Analyse des Inhalts kam er zu dem Schluß, daß der Alkoholiker sowohl neurotische als auch psychopathische Züge zeigt. Er fand drei Fragengruppen in der neurotischen Kategorie mit einem Akzent auf Angst; Depression; Empfindsamkeit und vier psychopathische Fragengruppen mit Ressentiments; Gefühl des Isoliertseins; schlechter Familienanpassung.

Ähnliche Skalen wurden aufgestellt von HAMPTON (34) und HOYT and SEDLACEK (40).

Es ist bislang allgemein üblich, bei Verwendung des MMPI (der hier mit Abstand am häufigsten angewandt wird) das Durchschnittsprofil zu zeichnen. Das Ergebnis ist bei allen Autoren vom Typ, wie ihn BUTTON (17) beschrieben hat. Diese Methode bringt es jedoch mit sich, daß Abweichungen in verschiedener Richtung innerhalb der Gruppe sich gegenseitig aufheben und nur gleichsinnige Tendenzen zum Tragen kommen. Wenn es nur einen einzigen Typ des Alkoholikers gäbe, dessen Kennzeichen sich in allen Profilen ausprägen, müßte diese Methode ihn zur Darstellung bringen, denn die anderen, nicht alkoholischen Werte würden sich gegenseitig aufheben. Daß dem nicht so ist, zeigt sich schon daran, daß sich ein Durchschnittsprofil von Alkoholikern kaum von einem Durchschnittsprofil von Normalen unterscheidet, während die Einzelprofile bei CECCARELLI in oft eklatanter Weise abnorm sind. In den Durchschnittsprofilen zeigen sich zwischen Normalen und Alkoholikern "bestenfalls bescheidene Unterschiede" (HOYT and SEDLACEK [40]).

Es wurden Versuche unternommen, in einer weniger summarischen Art doch zu allgemeingültigen Aussagen zu kommen. BROWN (13) teilte die Einzelprofile seiner Alkoholiker einer neurotischen und einer psychopathischen Gruppe zu. Die Durchschnittsprofile dieser beiden Gruppen hatten keine Ähnlichkeit mehr mit normalen Profilen, dafür eine große mit denen von Neurotikern und Psychopathen. Es sind also in dieser Gruppe Alkoholiker mit neurotischen und mit psychopathischen Profilen, während das Durchschnittsprofil der ganzen Gruppe als fast normal anzusprechen gewesen wäre. HOYT and SEDLACEK (40) schlugen einen anderen Weg ein. Sie errechneten das Vorkommen von verschiedenen Typen bei Normalen, Alkoholikern und psychiatrischen Patienten und fanden statistisch signifikante Unterschiede zwischen allen drei Gruppen.

Die Schwierigkeiten bei der Verwendung psychometrischer Methoden spiegeln sich in 2 neueren Arbeiten: ROSEN (78) fand, daß sich die Durchschnittsprofile von hospitalisierten

psychiatrischen Patienten und hospitalisierten Alkoholikern ähnlicher sind als die dieser Alkoholiker und einer Gruppe von vagabundierenden Alkoholikern. Er schloß daraus, daß Alkoholismus ein zufälliges Symptom eines neurotischen Konflikts ist und keine Funktion der Persönlichkeit. Vielleicht sind die genannten Schwächen der Durchschnittsprofil-Methode zu einem Teil für dieses Ergebnis verantwortlich. HILL et al. (38) kamen zu dem Ergebnis, daß sich Alkoholiker, Rauschgiftsüchtige und Verbrecher mit Hilfe des MMPI nicht unterscheiden lassen. Sie ziehen ebenfalls den Schluß, daß der Grund für die Symptomwahl außerhalb der Persönlichkeit zu suchen sei.

Dieser Überblick über die Ergebnisse der mit streng objektiven Methoden durchgeführten Untersuchungen zeigt, daß diese Art von Psychologie bislang noch wenig zu unserem Wissen beigetragen hat. Methodische Probleme der verschiedensten Art stehen im Vordergrund, und die eingeschlagenen Wege sind oft tastende Vorstöße in Neuland. So wünschenswert Objektivierung und Quantifizierung in der Persönlichkeitsforschung sein mögen, nach dem augenblicklichen Stand sind diese Techniken weit davon entfernt, die "altmodischen" klinischen Methoden ersetzen zu können.

VI. Eigene Ergebnisse

Die vorliegende Untersuchung wurde an 16 Alkoholikern angestellt. 7 davon (die ersten 7 der folgenden Krankengeschichten) waren Patienten der Universitäts-Nervenklinik Tübingen. 9 waren Patienten des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Schussenried[1]. Bis auf 3 Patienten, die freiwillig gekommen waren, waren alle entweder im Zuge eines Delirs eingeliefert worden, oder es war gerichtlich eine Entziehungskur angeordnet worden. Das Durchschnittsalter lag bei stark 36 Jahren; der jüngste Patient war 25, der älteste 55.

Die Patienten wurden einer Exploration von 1 1/2 bis 3 Stunden Dauer unterzogen; 14 von ihnen wurde die deutsche Fassung des Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI Saarbrücken (63) gegeben.

Biographien

1. Herr Wilhelm F. Krankengeschichten-Nr. 875/64 (Tübingen)

Der 36-jährige Patient stammt aus einer schwäbischen Familie, in der Arbeit und Haus-Bauen vor allem kam. Der Vater betrieb neben seiner Beschäftigung bei der Bundesbahn zusammen mit der Familie eine Landwirtschaft, die alle Freizeit beanspruchte. So hatte der Patient in seiner Kindheit sehr wenig Kontakt mit den Eltern, die damals und später wenig formende Kraft als Vorbilder hatten; dies um so mehr, als er sie mit seinem Eintritt in die höhere Schule nicht mehr als kompetente Instanzen ansah.

Als er alt genug war, wurde er stark zur Mithilfe in der Landwirtschaft herangezogen: er stand manchmal um 2 Uhr morgens auf, um auf dem Feld mitzuarbeiten, ging dann zur Arbeit und half nach Feierabend bis tief in die Nacht.

---

1) Dem Leiter des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Schussenried, Herrn Regierungsmedizinaldirektor Dr. Klug, danke ich dafür, daß er es mir ermöglichte, die Patienten im Landeskrankenhaus zu untersuchen.

Der Patient hat 2 wesentlich jüngere Geschwister, die er wegen der starken Belastung der Eltern "praktisch aufgezogen" hat. Trotzdem hat er heute gar keinen Kontakt mehr mit ihnen.

Während der Patient die Volksschule mit mittlerem Erfolg hinter sich brachte, hatte er in der höheren Schule beträchtliche Schwierigkeiten, so daß er nach dem Beginn eines Wiederholungsjahres von der Schule abging. Er macht dafür schlechte Lehrer und die Wirren bei Kriegsende verantwortlich. - In seiner Freizeit war er meist mit einer Gruppe von 10 Kameraden zusammen, die ihn ohne weiteres als "Rädelsführer" anerkannten, da er der einzige war, der die höhere Schule besuchte. Sie machten romantische Geländespiele und lieferten anderen Gruppen regelrechte Schlachten im Stil der HJ-Ausbildung.

In der zweiten Hälfte des Krieges wurde der Pat. als HJ-Mitglied häufig zu Aufräumarbeiten nach Bombenangriffen herangezogen. Sie mußten dabei auch die Leichen verschütteter Personen aus Kellern bergen. Damit die Jungen den Schock leichter ertrügen, gab ihnen die SA regelmäßig Alkohol in großen Mengen. So wurde ihm früh am eigenen Leib klar, daß Alkohol in schwierigen Situationen helfen kann. Unmittelbar vor Kriegsende wurde er noch als Flakhelfer eingezogen, avancierte als einziger von 40 Kameraden zum Geschützführer, erlebte aber keine Kampfhandlungen.

Nach dem Krieg trat er bei der Bundesbahn ein. Er war dort so erfolgreich, daß ihm sein Chef (der sehr viel trank und mit dem er sich gut verstand) riet, einen eigenen Gleisbaubetrieb aufzumachen, da ihm die Bahn keine adäquaten Chancen biete. Der Patient befolgte diesen Rat und war mit seinem Betrieb am Anfang sehr erfolgreich, dann jedoch wanderten seine Arbeiter ab in die Industrie, die bessere Bedingungen bot. Während der ganzen Zeit auf dem Gleis hatte er sehr viel getrunken, zum Teil einfach, weil es in dieser Umgebung so üblich ist. Als die beruflichen Probleme auftauchten und die schließlich notwendige Betriebsaufgabe einen empfindlichen Schlag für sein Selbstgefühl brachte, bekam das Trinken einen reaktiven Akzent, und er glitt in den Alkoholismus.

In diese Zeit fiel auch seine Heirat. Außer mit seiner Frau war er nie mit Mädchen befreundet gewesen. Sie zogen zum alten Vater der Frau; das Bedürfnis, allein zu sein hatten sie nie gehabt. Sie haben keine Kinder, dies berichtet der Patient mit Tränen in den Augen. Er glaube, seine Frau sei einmal bei einem Arzt gewesen deshalb, sie sprächen nicht über solche Dinge. Nach der Heirat eröffnete die Frau, die sehr selbständig und energisch ist, ein Lebensmittelgeschäft.

Der Patient ging dann in die Industrie, wobei er seine Stellungen in immer kürzeren Abständen wechselte. In den ersten Wochen trank er jeweils nichts und arbeitete sehr gut, dann gewann der Alkohol wieder die Oberhand. Von einer Entziehungskur im letzten Jahr kam er im größten Rausch, den seine Frau je gesehen hatte, nach Hause.

Der hervorstechendste Zug in der Persönlichkeit dieses Patienten ist ein sehr ausgeprägtes Selbstwertgefühl. Dieses ließ ihn an sich nicht ungewöhnliche Frustrationen so schwer nehmen, daß heute sein Denken von dem Gefühl erfüllt ist, daß er nicht seinen Fähigkeiten entsprechend eingesetzt ist. Dieses Gefühl führt zu Depressionen, die durch Alkohol gemildert werden. Dazu zeigt er noch Kontaktarmut, eine offene und oft untergründige Aggressivität und einen Drang zu herrschen.

2. Herr Horst H. Krankengeschichten-Nr. 919/64 (Tübingen)

Der 32-jährige Patient ist einziges Kind seiner Eltern. Der Vater, Apotheker, war ausgeprägt schöngeistig interessiert, sehr ordnungsliebend, verträglich bis zur Schwäche, zog sich im Angesicht von Problemen am liebsten in sein Labor zurück. Die Mutter war einfacher, herrschsüchtig, redete in der Apotheke drein, ohne Sachkenntnis zu besitzen, hatte ein sehr ausgeprägtes Geltungsbedürfnis und versuchte ohne Erfolg, den Vater zu gesellschaftlichen Kontakten zu bringen. Der Vater und später auch der Sohn entwickelten eine ausgeprägte Abneigung gegen den "ewigen Tratsch" der Mutter. Sein Verhältnis zum Vater umschreibt der Patient mit "Achtung"; ein echtes gegenseitiges Verstehen lag nicht vor.

So war der liebste Aufenthalt des Patienten außer Haus. Schon früh entwickelte er eine Vorliebe für erregende, abenteuerliche Beschäftigungen. Beim Jungvolk faszinierten ihn Kleinkaliberschießen und Geländespiele; bei den Spielen war er Anführer einer Gruppe von Freunden, von denen keiner wie er zur höheren Schule ging. Daneben betrieb er Radrennsport und Boxen, er wurde später Boxtrainer einer ganzen Schulmannschaft.

Während im allgemeinen seine Leistungen in der Schule durchschnittlich waren, waren sie in Deutsch immer hervorragend. In der Abschlußklasse kam er jedoch an einen jungen ("unverbesserlich romantischen") Lehrer, der mit seinen Aufsätzen nicht einverstanden war. Eine Diskussion über dieses Thema beendete der Patient mit einem k.-o.-Schlag für den Lehrer..

Nach dem Abitur begann er eine zweijährige Ausbildung als Praktikant in einer Apotheke. Diese Zeit war bestimmt vom Auto- und Motorradrennfahren bei Zuverlässigkeits- und Geschicklichkeitsfahrten. Er betrieb dies mit Begeisterung und Hingabe und trägt jetzt noch immer Zeitungsausschnitte bei sich, die von seinen Erfolgen berichten.

Er begann dann sein Pharmazie-Studium, wobei er in 12 Semestern etwa das Pensum von 6 erledigte. Sein langsames Fortkommen hatte seinen Grund darin, daß er Mitglied in einer schlagenden Verbindung und in 14 Vereinen und Organisationen der heterogensten Art war. Außerdem habe sich wegen seines politischen Engagements eine Clique im pharmazeutischen Institut gegen ihn verschworen und ihn an seinem Fortkommen

gehindert. In Verbindung und Vereinen setzte er sich mit großer Begeisterung ein und war ein gesuchter Versammlungsredner; dies machte den Hauptteil seines Lebens aus. Die Gewohnheit des Trinkens eignete er sich bei der Verbindung an: "Dort haben sie mir das Trinken beigebracht."

Bevor der Patient seine spätere Frau kennenlernte, war er mit zwei anderen Mädchen befreundet. Mit einer, die er einem anderen "ausgespannt" hatte, verlobte er sich. Als sie sich nach einiger Zeit diesem Mann wieder näherte, stahl der Patient einen Brief von ihm, aus dem dies hervorging, aus ihrem Zimmer und ging mit einer Fotokopie zu ihren Eltern, um die Verlobung aufzulösen. Seine jetzige Frau lernte er in einem Restaurant, wo sie als Bedienung ("im service") arbeitete, auf bezeichnende Weise kennen: Als sie am Nebentisch kassierte, wurde ein anderer Gast zudringlich. Sie fuhr herum und ohrfeigte ihn links und rechts. Durch diese Reaktion fühlte sich der Patient spontan angesprochen, und als der Wirt dem Mädchen Vorhaltungen machte, ging er mit aufgestülpten Ärmeln hinter die Theke, worauf der Wirt kampflos das Feld räumte. Die Frau ist auch sonst sehr impulsiv und temperamentvoll und gestaltet ihr Leben sehr aktiv.

Nachdem der Patient seine Studien ohne Examen aufgegeben hatte, arbeitete er in der Apotheke seines Vaters, in der immer großer Mangel an Arbeitskräften herrschte. Als der Vater vor einem Jahr starb, wollte die Mutter die Apotheke nicht an den Sohn verpachten, der schon alles in die Wege geleitet hatte, um sie nach Bayern abzuschieben. Sie blieb Konzessionsträgerin, und der Patient, der ohne Examen die Apotheke nicht für längere Zeit führen darf, täuschte die Behörden mit approbierten Freunden, die zum Schein angestellt waren, und sich im Notfall auf Anruf rasch einfanden.

Einige Zeit später eröffnete der Patient mit seiner Frau zusammen (sie ist die Konzessionsträgerin) ein Restaurant in einer anderen Stadt. Die Frau ist die Seele des Ganzen, und er hilft in seinen nüchternen Momenten, wo es gerade nottut. - Jetzt, wo alle Versuche, sein Leben zu gestalten fehlgeschlagen sind, fühlt er sich in keiner Weise als Versager, er fühle sich wohl und könne jederzeit einen neuen guten Job bekommen.

Hier handelt es sich um eine abnorme Persönlichkeit, deren Dominanten auf Ichbezogenheit und Gemütlosigkeit liegen, die sich in sozialer und ethischer Verantwortungslosigkeit äußern. Dazu kommt ein deutlicher Anteil von Haltlosigkeit bei einem hyperthymischen Temperament, so daß der Patient von dieser Seite her als willenloser Aktiver anzusprechen wäre. Seine brutale, die Belange anderer nicht achtende Art, sich zu behaupten, empfindet er vollkommen Ich-synton; seine Selbstachtung ist dank perfekt funktionierender Projektionen und Rationalisationen in keiner Weise beeinträchtigt. Dazu reagiert er auf Frustrationen nie depressiv, so daß dem Alkohol keine Hilfsfunktion bei der Daseinsbewältigung zuzusprechen ist. Der Patient sucht die rauschhafte Intensivierung des Lebensgefühls. Es ist sicher kein Zufall,

daß sich Rennfahren und Trinken zeitlich ganz scharf ablösen, der Alkohol-Rausch trat sozusagen an die Stelle des Geschwindigkeitsrausches.

3. Herr Hans H. Krankengeschichten-Nr. 215/64 (Tübingen)

Der 36-jährige Patient wurde in einem kleinen deutschsprachigen Dorf in der Tschechei geboren. Der Vater war Viehhändler und betrieb nebenher eine kleine Landwirtschaft. Er wurde zur Wehrmacht eingezogen, als der Patient 11 Jahre alt war und lebt als sehr blasse Figur in den Erinnerungen des Patienten. Seine Kindheit und Jugend wurde von der Mutter bestimmt, die eisern auf Disziplin achtete, so daß Unarten nie in Frage gekommen wären. Zusammen mit seinen 5 Geschwistern, von denen er der älteste ist, wurde er sehr in der Landwirtschaft eingespannt; es gab neben der strengen Pflichterfüllung keinerlei Abwechslung. "Ich habe nicht viel Schönes gehabt", so faßt er seine Kindheit zusammen.

Mit 15 Jahren begann der Patient eine Metzgerlehre außerhalb seines Heimatdorfes; er wohnte bei seinem Lehrmeister. Metzger zu werden, war immer sein Idealziel gewesen; der Großvater war Metzger gewesen, der Vater Hausmetzger.

Gegen Ende des Krieges wurde der Patient noch eingezogen. Er kam in die Küche und erlebte keine Gefechtshandlungen. Bei Kriegsende lag seine Einheit in Süddeutschland, und er arbeitete dann in mehreren Metzgereien in Deutschland und in der Schweiz, um möglichst viel zu lernen. Auf einer solchen Stelle lernte er seine spätere Frau kennen; sie war Verkäuferin. Er war vorher noch nie mit einem Mädchen befreundet oder auch nur näher bekannt gewesen.

Vor 7 Jahren übernahm er zusammen mit seiner Frau eine Gastwirtschaft ohne Metzgerei. Mit diesem Ereignis begann sein exzessives Trinken, dem seit seiner Jugend normales Trinken vorausgegangen war. Er trank nicht mit seinen Gästen, sondern für sich hinter der Theke. - Die Wirtschaft habe er übernommen, weil seine Frau in der Metzgerei immer dicke Beine bekommen habe. Da sie in der Wirtschaft genau so viel stehen muß, war wohl der wahre Grund, daß sie bei ihrer tatkräftigen und geselligen Natur sich in der Metzgerei unausgefüllt fühlte und ihn zu dem Entschluß brachte. Mit der altruistischen Darstellung rettete er sein Selbstbewußtsein.

Er hat 2 Kinder, mit denen ihn nichts verbindet.

Zu keiner Zeit seines Lebens hatte er Bekannte oder Freunde, er fühlt sich allein in einer Welt, die ihn nicht versteht und der er mißtraut. Er ist sich bewußt, daß er immer ein Einzelgänger war: "Ich bin vielleicht komisch".

Das dominierende Element seiner Persönlichkeit ist Aggressivität, die sich oft unverhüllt äußert. Eine gewisse Unreife zeigt sich in der Unterordnung unter die Wünsche seiner Frau. All dies ist eingebettet in eine "Grundsubstanz" von allgemeiner Armut.

4. Herr Günter H. Krankengeschichten-Nr. 1147/64 (Tübingen)

Der 36-jährige Patient ist der vierte unter 6 Brüdern. Der Vater war Koch und vertrug sich sehr schlecht mit der Mutter, war kaum zu Hause und ließ sich später scheiden. Die ganze Erziehung lag in Händen der Mutter, die "zu gutmütig" gewesen sei. In der Schule hat er nie richtige Freunde gehabt, er sei immer ein "Einzelgänger" gewesen.

Mit 14 kam der Patient gegen seinen Wunsch durch einige Tricks der Behörden, die er jedoch widerspruchslos hinnahm, auf eine militärische Vorschule. Trotzdem empfand er es als große Erleichterung, von zu Hause wegzukommen und versuchte, das Beste aus allem zu machen. In dieser Schule und während seiner anschließenden Militärzeit hatte er wegen seiner starrköpfigen Rechtschaffenheit einige Zusammenstöße mit Vorgesetzten, die ihm lange nachgingen. Er machte in dieser Zeit einige Versuche, mit Mädchen bekanntzuwerden, die aber alle an seiner linkischen und schüchternen Art scheiterten. Er hatte sehr genaue Vorstellungen von einer echten Freundschaft, war aber nicht in der Lage, die Klippen der gesellschaftlichen Vorspiele zu umschiffen und empfand dieses Unvermögen als schmerzlichen Mangel.

Nach einem kurzen, unbedeutenden Fronteinsatz kam er für 2 1/2 Jahre in französische Gefangenschaft. Nach seiner Entlassung blieb er eine Zeitlang bei seiner Mutter und ließ sich dann von seinem Großvater zu einer Stelle als Maschinenschlosser verhelfen. Er machte die Gesellenprüfung und heiratete kurz darauf.

Seine Frau hatte er schon als Kind gekannt. Während eines Urlaubs hatte er sie wiedergesehen, und sie hatte ihm geschrieben. Es war bei beiden keine Liebe auf den ersten Blick; sie war nicht sehr anziehend und hatte nicht viele andere Möglichkeiten, und seine Versuche in dieser Richtung waren alle fehlgeschlagen. Die Schwierigkeiten begannen schon vor der Ehe: seine Braut hatte eine ausgeprägte Angst vor einer Schwangerschaft und war beim Geschlechtsverkehr zurückhaltend und abweisend und völlig frigid. Er verwendete als Verhütungsmaßnahme coitus interreuptus, eine Methode, die ihn, wie er sagt, immer unbefriedigt ließ. Er betont aber, er habe ihre Angst immer verstanden, nur ihre Kälte habe ihn sehr gestört.

Nach der Eheschließung zogen sie zu den Eltern der Frau. Sie ist einziges Kind und der erklärte Liebling ihres Vaters. Dieser betrachtete den Patienten als Eindringling und stand ihm von Anfang an feindselig gegenüber. Die jungen Eheleute hatten am Anfang keine abgeschlossene Wohnung und aßen am Tisch der Schwiegereltern des Patienten mit. Der Schwiegervater ist eine tyrannische Natur und erwartete, daß alles sich nach seinem Willen richtete. Der Patient sagt heute, damals hätte er sich durchsetzen müssen und mit seiner Frau wegziehen, er habe aber aus finanziellen Gründen keine Wahl gehabt.

Auch die sexuellen Probleme bestanden unvermindert weiter, da seine Frau nicht gleich nach der Heirat Kinder wollte. Als der Patient sie schließlich überreden konnte, entwickelte sich während der Schwangerschaft eine schwerste Hyperemesis, in deren Verlauf sie abmagerte "bis auf Haut und Knochen". Die Frau hatte ihre Angst vor einer Schwangerschaft immer mit ihrem schmalhüftigen Körperbau erklärt; die Geburt verlief jedoch ungewöhnlich leicht. Sie war dem Kind immer eine gute und liebevolle Mutter. Der Patient selbst ist sehr kinderlieb und tut bewußt alles, was er kann, um seinem jetzt 13-jährigen Sohn eine schönere Kindheit zu geben als er selber sie hatte. Zwischen Vater und Sohn besteht ein sehr inniges Verhältnis.

Das Verhältnis des Patienten zu seiner Frau besserte sich auch im Zug dieser Ereignisse nicht, ihre weiterbestehende Kälte war nach wie vor ein Gegenstand dauernder Differenzen. Nachdem sie sich jahrelang seinem Wunsch nach einem zweiten Kind widersetzt hatte, ergriff er die Initiative, ohne sich um ihre Gefühle weiter zu kümmern. Diese Schwangerschaft verlief noch schwerer, aber der Patient setzte sich diesmal darüber hinweg. Das Kind ist jetzt 8 Monate alt.

Der Patient trinkt exzessiv seit zwei Jahren. Die Schwierigkeiten mit seiner Frau und die ständig neu auftauchenden Zwistigkeiten mit den Schwiegereltern machten ihn zornig, und in solchen Fällen war seine Spontanreaktion, ins Wirtshaus zu gehen. Er hatte auch gelesen, daß Alkohol den Geschlechtstrieb dämpft, aber seine Erfahrungen in dieser Hinsicht liefen auf das Gegenteil hinaus.

Dieser Fall ist ein typisches Beispiel für einen Alkoholismus, den man bei einer Querschnittsbetrachtung als "reaktiv" bezeichnen würde. Die Längsschnittbetrachtung enthüllt jedoch, daß die Umstände, die man für die Entstehung des Alkoholismus verantwortlich machen möchte, größtenteils aus der Persönlichkeitskonstellation des Patienten erwuchsen; nämlich die durch seine Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme bedingte unglückliche Wahl der Ehefrau und die durch seine Unfähigkeit, sich durchzusetzen entstandene häusliche Situation. - Die Frau ist wohl von beiden die Gestörtere; sie lebt heute noch in einer unaufgelösten infantilen Vaterbindung.

Die Persönlichkeit dieses Patienten ist nicht undifferenziert. Er ist nachdenklich und schwerlebig veranlagt, gestaltet sein Leben bewußt und ist sich über die Disharmonien in seiner Ehe schmerzlich im klaren. Ungeachtet seiner Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme ist er in der Lage, Beziehungen mit anderen Menschen auf einer tieferen Ebene einzugehen. Ein zweiter Akzent liegt auf einer gewissen Willensschwäche, die jedoch nicht so weit geht, daß sie für das Trinken direkt verantwortlich zu machen wäre.

Besonders interessant sind die komplexen Funktionen, die der Alkohol in diesem Fall hat. Einmal ist es die Betäubung; er hilft ihm, Zorn und Schwierigkeiten zu vergessen. Zum

anderen symbolische Funktionen: er geht im Zorn von zu Hause weg und bezeichnet selbst das Trinken als Strafe für seine Frau (sadistische Funktion); er hat schon suizidale Absichten gehabt, das Trinken hat auch einen selbstzerstörerischen Akzent (masochistische Funktion). Dazuhin berichtet er, daß Alkohol ihm das Denken erleichtere, wenn er schwierige Entscheidungen treffen müsse; der Alkohol macht hier wohl Energie frei, die für Hemmungen aller Art gebunden war.

5. Herr Thomas Cz. Krankengeschichten-Nr.1318/64
(Universitäts-Augenklinik Tübingen)

Der 33-jährige Patient stammt aus einer deutschstämmigen Familie in Ungarn. Er ist der Älteste von 4 Geschwistern. Der Vater war Arbeiter und später Polizist und meist von zu Hause abwesend, so lag die Erziehung in Händen der Mutter. Die Familie spielte keine große Rolle in der Kindheit des Patienten, er war meist mit Freunden im Freien. Seine Jugend empfindet er als sehr glücklich und schildert das Dorfleben mit strahlendem Lächeln als Idylle. Er hatte zahlreiche Freunde, die eisern zusammenhielten gegen die ungarischen Dorfbewohner und allerhand Lausbübereien anstellten.

Nach der Schule begann er eine Schuhmacherlehre, er war oft beim Dorfschuhmacher gewesen, um ihm zuzuschauen und hatte Freude an dieser Arbeit gewonnen.

Nach Kriegsende wurde die Familie aus Ungarn vertrieben und kam nach Deutschland. Da der Patient keine Stelle bei einem Schuhmacher fand, ging er als Knecht in die Landwirtschaft, wo er sich so einlebte, daß ihm dieser Beruf bald Freude machte. Er war bei drei Bauern jeweils für 2 Jahre; jedesmal ging er dann entsprechend seinem größeren Können auf einen größeren Hof. Er war überall ein sehr geschätzter Arbeiter.

Dann kam er auf einen Hof, dessen Bauer gestorben war und der von dessen Töchtern geführt wurde. Nach einiger Zeit heiratete der Patient die eine der Töchter. Er kam dadurch in eine große Familie, da noch ein Teil der Familie seiner Frau auf dem Hof wohnt. Seine Frau regiert den Haushalt und regiert die Finanzen. Er verstehe sich sehr gut mit ihr, "weil sie sparen kann" und wie er keinerlei gesellige Neigungen habe. Sie haben keine Kinder und haben deshalb eines der Kinder seines Bruders adoptiert. Die Sterilität der Frau würde sich beheben lassen durch eine Operation, die aber sehr teuer sei, außerdem wäre seine Frau, wenn sie Kinder zur Welt gebracht hätte "an alt's Weib". Der Patient sorgt sehr verantwortungsbewußt für die Familie, deren unbestrittenes Oberhaupt er ist.

Der Alltag des Patienten steht im Zeichen des Hofes und der Arbeit. Seit er den Hof übernommen hat, hat er schon mehrfach angebaut und für DM 50 000.- Maschinen gekauft und sei fast schuldenfrei. Nebenher macht er noch allerhand Gelegenheitsarbeiten im Dorf, er sei schon darauf angesprochen

worden, ob er denn nur arbeite und nie schlafe.

Er trinkt exzessiv seit zwei Jahren. Es begann, als er für den Kohlenhändler des Dorfes Kohlen ausführte. Dabei bekam er immer etwas zum Trinken angeboten und konsumierte unglaubliche Mengen. Er hat jedoch nie richtig dekompensiert, er bemerkte nur, wie seine Kräfte verfielen und schränkte daraufhin die Menge etwas ein.

Die Persönlichkeit dieses Patienten ist sehr undifferenziert und primitiv, auch auf dem Gebiet der Intelligenz. Er hat einen sehr engen Horizont und neigt dazu, sich autistisch in sich selbst zurückzuziehen. Er tut, was sich mit dem geringsten Aufwand verwirklichen läßt und nimmt kaum Rücksicht auf andere. Er ist unfähig zu echten Kontakten mit seinen Mitmenschen. Erstaunlich ist bei dieser Persönlichkeit die recht konsequente und erfolgreiche Lebensführung. - Der reaktive Anteil bei seinem Alkoholismus ist sicher nicht stark.

6. Herr Karl M. Krankengeschichten-Nr. 1334/64 (Tübingen)

Der 31-jährige Patient ist das jüngste von 6 Kindern eines Kraftfahrers. Er war ein Nachkömmling und der erklärte Liebling seiner Mutter. Der Vater war wegen seines Berufs und anderer Interessen selten zu Hause; wenn er da war, trug seine Anwesenheit nicht zum häuslichen Frieden bei.

Die Kindheit und Jugend des Patienten waren bestimmt von der Arbeit und vom Krieg. Er war meist allein zu Hause bei der Mutter und mußte in der von ihr betriebenen Landwirtschaft mithelfen. Dabei gewann er ein sehr inniges Verhältnis zur Mutter, die ihn sehr verwöhnte.

In seinem 6. Lebensjahr trat der Patient dem Kraftsportverein bei, dessen Gründer sein Vater gewesen war. Mit 14 war er württembergischer Meister der Jugend im Ringen, was ihn mit beträchtlichem Stolz erfüllt. Er war jedoch ein sehr schlechter Verlierer, der Vater mußte ihn nach Niederlagen oft trösten. - Zu anderen Beschäftigungen blieb ihm wenig Zeit; am Wochenende war er öfter mit Kameraden zusammen, zu denen er wie zu allen Menschen außer seiner Mutter ein sehr oberflächliches Verhältnis hatte.

Nach der Volksschule begann er eine Maurerlehre. Die Berufsschule schaffte er mit der Hilfe eines älteren Kameraden. Nach der Gesellenprüfung blieb er noch einige Jahre bei seinem Lehrmeister und ging dann in die Industrie als Betriebsmaurer.

Vor 3 Jahren ging er zurück auf den Bau; seither trinkt er exzessiv. Er war immer vollkommen kompensiert, hat nie bei der Arbeit gefehlt wegen Alkohol. Als er jetzt wegen einer Oberarmfraktur in eine Klinik eingeliefert wurde, trat nach 2 Tagen Abstinenz ein Delir auf.

Seit seiner Gesellenprüfung war der Patient immer mit Mäd-

chen befreundet. Mit Hilfe seines Motorrades konnte er die Freundschaften vor seiner Mutter geheimhalten. Die Beziehungen spielten sich nie auf einer Ebene ab, die die Mädchen als Menschen ansprach, meist brach der Patient die Freundschaft nach einigen Monaten ab, weil er "eine Schönere fand". Jetzt, nachdem vor einiger Zeit seine Mutter gestorben ist, wolle er heiraten, damit er versorgt sei. Allerdings hält er das Gebundensein für einen hohen Preis dafür. Das 19-jährige Mädchen, mit dem er zur Zeit befreundet ist, sei vielleicht noch zu jung, nicht für die Ehe, sondern dafür, einen Haushalt zu führen.

Das auffallendste Kennzeichen der Persönlichkeit dieses Patienten ist Armut auf allen Gebieten. Er hat nie Interessen für etwas entwickelt außer dem Kraftsport; was ihm nicht in den Schoß fiel, ließ ihn kalt. Er hat keine Vorstellung von dem, was ihm etwas gilt im Leben, er folgt in allem völlig der Konvention. Er ist unfähig zu erwachsenen Beziehungen zu Menschen, die Person seines Partners interessiert ihn nicht. - Er hatte nie irgendwelche Schwierigkeiten im Leben, das Trinken hat nicht den geringsten reaktiven Akzent.

7. Herr Reinhart H. Krankengeschichten-Nr. 1927/64 (Tübingen)

Der 25-jährige Patient wurde in Preßburg in einer deutschstämmigen Familie geboren als Ältester von 4 Geschwistern. Die Ehe der Eltern war mehr durch Zufall zustande gekommen, und das Verhältnis verschlechterte sich im Lauf der Zeit immer mehr.

Seine Kindheit verlebte der Pat. in weitgehender Isolierung von Altersgenossen; die Erziehung besorgte ein Kindermädchen, Mutter und Vater sah er fast nie.

Gegen Ende des Krieges setzte sich die Familie nach Österreich ab; der Vater wurde von den Tschechen verhaftet und blieb in Gefangenschaft bis 1956. Während 3 Jahren lebte der Pat. mit seiner Mutter in Österreich und mußte in kurzen Abständen die Schule wechseln, so daß er keine Gelegenheit hatte, Freunde zu finden oder sonst zu verwurzeln.

Dann wurde die Familie als unerwünschte Ausländer nach Deutschland abgeschoben und der Pat. landete zusammen mit 2 Brüdern in einem christlich geleiteten Kinderheim in einer süddeutschen Stadt, seine Mutter in Stuttgart. Nach einer unauffälligen Eingewöhnungszeit im Heim wurde der Pat. immer aufsässiger und steigerte sich in einen "Anti-Pfaffen-Koller" hinein, so daß er für ein Jahr, sein erstes in der höheren Schule, zu einer Tante in einer anderen Stadt kam.

Als die Mutter Wohnrecht in einer süddeutschen Mittelstadt bekam, zogen die Kinder zu ihr. Der Pat. ging weiter auf die höhere Schule, wo er zwei Mal durchfiel. Er wurde als gut begabt beurteilt, war aber ein ausgesprochener Störenfried. Nach einem kurzen Intermezzo auf der höheren Handelsschule, wo ihm die Behandlung der Ex-Gymnasiasten bei sei-

nem ausgeprägten Stolz sehr zuwider war, kehrte er zurück auf die höhere Schule, wo sein Verbleiben von seinem Verhalten abhängig gemacht wurde. Bezeichnenderweise gelang es ihm mühelos, nicht anzuecken.

Nach Erreichung der mittleren Reife zog der Pat. einen längeren Schulbesuch gar nicht in Erwägung, weil das Verhältnis zu seinem Vater, der wieder nach Hause gekommen war, so schlecht war, daß er nicht länger abhängig sein wollte. Er suchte sich einen Beruf, der "möglichst wenig Arbeit verlangt" und hielt Grafiker für das Richtige. Da zum Zeitpunkt seiner Bewerbung alle Fachschulen überfüllt waren, ging er für ein Jahr auf eine "Hochschule für Erkenntnis und Gestaltung", auf der er nicht das Geringste für seinen Beruf lernte. Nachdem er einige Male das ihm vom Vater gegebene Geld für die Schule unterschlagen hatte, wurde er wegen einer Freundschaft mit einer Mitschülerin von der Schule geworfen.

Da er einsah, daß dieser Weg nicht zum Ziel führen konnte, ließ er sich vom Arbeitsamt eine Lehrstelle bei einer Werbeagentur vermitteln. Er war dort mit so großem Erfolg tätig, daß er gegen Ende seiner Lehrzeit seinen Vorgesetzten vertrat. In dieser Zeit freundete er sich mit der Sekretärin seines Chefs (!) an, die er nach kurzer Zeit heiratete, weil sie schwanger geworden war. Seine Frau ist 2 Jahre älter als er; die Ehe ist durch ein gewisses Nebeneinanderher-Leben gekennzeichnet. Sie haben wenig Berührungspunkte, sind gefühlsmäßig wenig beteiligt, nur in der sexuellen Sphäre war die Harmonie immer ungestört, der Pat. umschreibt ihr Verhältnis mit "Bettehe". Die Frau verwaltet der Not gehorchend sehr gegen ihren Willen die Finanzen.

Da die Firma nach dem Ende seiner Lehrzeit ihm finanziell nicht viel bieten konnte, ging der Pat. zur nächstbesten Firma als Werbeleiter. Die ihm gestellten Aufgaben erledigte er in kurzer Zeit und ging nach einem halben Jahr wegen Arbeitsmangels.

In dieser Zeit begannen seine ersten Trinkexzesse; er lernte den Inhaber einer Werbeagentur kennen, der Alkoholiker war und von dem er sich später anstellen ließ. Mit ihm ging er auf abendliche Trinktouren. Mit seiner Frau wohnte er bei seinen Schwiegereltern, Bauersleuten, mit denen er sich äußerst schlecht verstand. Er hatte auch noch ein Zimmer bei seinen Eltern, so daß er übernachten konnte, wie es gerade in seine Pläne paßte, was seinen Alkohol-Konsum beträchtlich förderte.

Als Angestellter der Werbeagentur war er in einer für ihn sehr ungünstigen Atmosphäre. Der Chef war dauernd betrunken, der Pat. vertrank sein Geld mit ihm, während seine Frau erwartete, daß er Anschaffungen machte. Als ihm sein Gewissen schlug, nahm er einen Kleinkredit über DM 2 000.- auf, mit dessen Hilfe er Ersparnisse vortäuschen wollte. Das Geld vertrank er jedoch innerhalb von 4 Wochen. Als dies der Familie bekannt wurde, gelobte er feierlich Besserung.

Da diese Werbeagentur Konkurs machte, nahm er eine Stelle bei einer Agentur in Wien an. Seine Frau nahm er nicht mit, was ihm ganz gelegen kam, da ihm zu dieser Zeit das Verheiratetsein als Fessel vorkam. In Wien vertrank er sein ganzes Geld, trieb sich mit Prostituierten herum, zahlte seine Miete nicht und schickte auch kein Geld nach Hause. Als seine Firma davon erfuhr, warf sie ihn sofort hinaus.

Er war dann wieder bei einer Firma in Süddeutschland in der Marktforschungsabteilung. Das Trinken schränkte er in dieser Zeit ein wenig ein, da er bei seiner Frau wohnte und nicht mehr die Möglichkeit hatte, auszugehen.

Nach 1 1/2 Jahren ging er zu einer großen schweizer Werbeagentur in deren Filiale in Weil am Rhein. Seine Frau war mit ihm gekommen; als er jedoch gleich zu Anfang einen Vorschuß vertrank, packte sie ihre Koffer und fuhr zu ihren Eltern nach Stuttgart. Er schränkte daraufhin sein Trinken ein und führte ein geordnetes Leben, bis er mit einem Spesenvorschuß von DM 2000.- nach Stuttgart zur Erledigung eines Auftrages geschickt wurde. Am Vorabend gab er alles bis auf einen kleinen Rest in einer Bar in Basel (dem Stammsitz seiner Firma) aus. Er fuhr trotzdem nach Stuttgart und rief am Morgen an, er habe das Geld vergessen. Er erledigte seinen Auftrag und konnte seine Unterschlagung noch einige Zeit vertuschen. Unter dem Eindruck der drohenden Katastrophe trank er immer mehr. Er hat eine außerordentliche Begabung für seinen Beruf und entwickelte Ideen, die richtungweisend wurden. Er ist, wie schon immer vorher in einer für sein Alter sehr maßgebenden und weit über dem Durchschnitt bezahlten Position. Als seine Unregelmäßigkeiten entdeckt wurden, machte ihm die Firma, die ihn auf keinen Fall verlieren will, ein Angebot, daß er seine Schulden zurückzahlen könne, wenn er sich einer Behandlung unterziehen würde, und deshalb ist er jetzt in der Klinik.

Die Bedeutung der Persönlichkeit und situativer Momente bei der Entstehung des Alkoholismus halten sich bei diesem Patienten etwa die Waage. Die Persönlichkeit ist vor allem durch die Unreife gekennzeichnet, die wohl Folge einer Fehlentwicklung ist. Flucht vor der Wirklichkeit ist seine adaptive Haltung. Auch Kontaktschwäche, Aggressivität und eine gewisse Haltlosigkeit spielen mit.

8. Herr Karl W. Krankengeschichten-Nr. 9 987 (Schussenried)

Der 30-jährige Patient wurden als fünftes von 6 Geschwistern geboren. Der Vater war Dachdecker und Säufer, das Familienleben dadurch äußerst unharmonisch. Die Mutter ging arbeiten, da der Vater das meiste des Lohnes vertrank. Sie war die Seele der Familie; das Verhältnis des Patienten zu ihr war besonders innig.

In der Schule hatte der Patient immer große Schwierigkeiten; er blieb zwei Mal sitzen. Während der Schulzeit trug er Zeitungen aus, um der Mutter finanziell unter die Arme zu

greifen, was gar nicht von ihm erwartet wurde. Freunde hat der Patient nie gehabt.

Nach der Schule begann er eine Lehre als Melker, die er aber nie zu Ende führte. Er hatte keinen besonderen Grund für diese Berufswahl, merkte aber, daß ihm die Landwirtschaft große Freude bereitete.

Von da ab war er immer in gleicher Weise tätig als Knecht und Faktotum. Er ist ein kräftiger, guter Arbeiter und sehr einsatzfreudig. Oft reparierte er nach einem vollen Arbeitstag "halb aus Langeweile" Maschinen. Bei allen Bauern, wo er arbeitete, war er sehr angesehen, da er von morgens bis abends immer alles tat, was von ihm verlangt wurde.

Er trinkt seit dem Beginn seiner Lehre. Während der Alkohol am Anfang gar nicht mit der Arbeit interferierte, glitt er in den letzten Jahren, als er einige Male bei Bauern arbeitete, die nebenher eine Brauerei betrieben, in immer höhere Dosierungen.

In den letzten Jahren hatte der Patient praktisch keinen Kontakt mit Menschen außer mit seinem Arbeitgeber. Von seinen Geschwistern weiß er zum Teil nicht einmal, wo sie wohnen. In seiner Ferienzeit arbeitet er gewöhnlich. Ans Heiraten denkt er nicht; ihm fehlt gar nichts.

Genau wie die Biographie dieses Patienten erscheint auch seine Psyche eigentümlich leer. Dem Leben steht er in oberflächlicher Weise uneingeschränkt positiv gegenüber; bezeichnenderweise hat er große Freude an dem Beruf, in den er sich treiben ließ. Das einzige, wo er sich psychisch engagierte, war das Verhältnis zu seiner (inzwischen verstorbenen) Mutter. Sonst ergreift er zwei Möglichkeiten, die Leere seines Lebens auszufüllen: die Arbeit und den Rausch. Ein reaktiver Anteil liegt bei seinem Alkoholismus nicht vor, er reagiert nie depressiv auf Frustrationen. Seine übergroße Gutmütigkeit erwächst zum Teil aus einer gewissen Willensschwäche.

9. Herr Friedrich N. Krankengeschichten-Nr. 9 993
(Schussenried)

Der 54-jährige Patient wurde als drittes von vier Geschwistern im Rheinland geboren. Der Vater war Bergmann und fiel im Krieg, als der Patient 5 Jahre alt war. Zur Mutter hatte er ein sehr gutes Verhältnis, sie sei "mehr wie gut" gewesen.

Nach einer unauffälligen Schulzeit arbeitete er zuerst in einer Glasfabrik, dann bei einem Bauern und einem Bäcker und wurde dann arbeitslos. Deshalb war er drei Jahre auf der Wanderschaft und meldete sich dann in Süddeutschland zum Arbeitsdienst. Dort lernte er auf einem Tanz seine Frau kennen und wurde nach der Heirat in einer süddeutschen Stadt als städtischer Arbeiter eingestellt. Seine Frau ist das dominierende Element in der Ehe, eine fleißige Schwäbin, die

sparsam das Geld verwaltet. Er verstand sich von vornherein nicht gut mit ihr. Sie haben 5 Kinder, von denen vier heute verheiratet sind und in geordneten Verhältnissen leben.

Später führte der Patient Milch aus und wurde bei Kriegsbeginn auf eine Werft nach Norddeutschland dienstverpflichtet. Gegen Kriegsende wurde er eingezogen und leicht verwundet.

Nach Kriegsende war er auf der ersten Stelle 5 Jahre, dann wechselte er in immer kürzeren Abständen, weil der Alkohol immer mehr interferierte. Er trinkt exzessiv, seit er Geld hat, d.h. seit seiner Heirat. Oft kam er seinen Verpflichtungen gegenüber seiner Familie nicht nach, die dann von der Unterstützung der Fürsorge lebte.

Vor 4 Jahren brach er mit Arbeitskollegen zusammen in betrunkenem Zustand in einer Baracke einen Kühlschrank auf, wofür er 14 Monate Gefängnis absaß. Er wurde später noch zwei Mal wegen Diebstahl zu Gefängnis verurteilt.

Vor 8 Jahren machte er eine Entziehungskur, während der ihn seine Frau entmündigen ließ, um ihm das Geld für Alkohol vorenthalten zu können. Als er jedoch wieder in Freiheit war, lieh er sich unter noblen Vorwänden Geld und vertrank es sofort. Auch eine zweite Entziehungskur drei Jahre später war erfolglos.

In den Zwischenzeiten arbeitete er immer wieder auf dem Bau, wo er prompt erneut ins Trinken hineinglitt.

Die Persönlichkeit ist beträchtlich durch den lange bestehenden Alkoholismus verändert. Er tritt jetzt großspurig auf, stellt sich vollkommen einsichtig und bagatellisiert in ungewöhnlich naiver Weise sein Trinken. Er ist mehrfach zu Tränen gerührt und betont, wie sehr seine geliebte Familie seine Fürsorge brauche.

Hinter dieser Fassade taucht ein Bild auf, das vor allem durch Haltlosigkeit und asoziales, gemütloses Verhalten gekennzeichnet ist sowie durch Unfähigkeit zu Bindungen tieferer Art. Er ist aber kein reiner Psychopath; er hat ein schlechtes Gewissen wegen des Trinkens und hat sich schon immer geschämt. Anders auch als die reinen Psychopathen reagiert er auf Schwierigkeiten mit Depressionen, so daß bei seinem Alkoholismus eine geringe reaktive Komponente beteiligt ist.

10. Herr Otto St. Krankengeschichten-Nr. 9 976 (Schussenried)

Der 54-jährige Patient wurde in Bessarabien als zweitältestes von 9 Geschwistern geboren. Der Vater hatte einen sehr großen Hof und war deshalb meist auf dem Feld, so daß die Erziehung der Kinder in den Händen der Mutter lag. Schon früh wurden die Kinder kräftig zur Mithilfe in der Landwirtschaft herangezogen.

In der Schule zeigte der Patien mittelmäßige Leistungen. Er

hatte zahlreiche Freunde, mit denen er ein sehr gutes Verhältnis hatte; die Verbindungen zu manchen sind auch heute noch nicht abgerissen.

Als er aus der Schule war, arbeitete der Patient bei dem Vater auf dem Hof. Mit 35 heiratete er ein Mädchen aus dem Nachbardorf und bekam von seinem Vater einen Hof, den er mit ihr zusammen bewirtschaftete. Die Ehe ist im ganzen gut; wenn er nüchtern ist, ist sehr gut mit ihm auszukommen. Die Frau gibt den Ton an und bestimmt in allen wichtigen Entscheidungen.

Kurz nach Kriegsbeginn wurden sie nach Deutschland umgesiedelt, da die Russen in Bessarabien einzogen. Der Patient arbeitete in Bayern und wurde dann eingezogen und vier Mal leicht verwundet.

Nach kurzer Kriegsgefangenschaft zog er nach Süddeutschland, wo er zunächst 4 Jahre lang mit 2 Pferden Holz fuhr. Nach der Währungsreform fand er Arbeit in einem Steinbruch, wo er heute noch ist.

Der Patient trinkt schon seit der Zeit vor seiner Verheiratung. Er war immer ganz gut kompensiert, wenigstens beruflich; gegen seine Frau wurde er oft verbal oder in Handlungen aggressiv, wenn er betrunken war, sonst sei er "wie ein Lämmchen" (Angabe der Frau).

Jetzt hat er Bausparverträge, die pünktlich aufgefüllt sind, ein Sparkonto und immer einen Barbetrag im Haus, den er nicht vertrunken hat. Er will bauen und bewirtschaftet mit seiner Frau zusammen nach Feierabend ein Gärtchen.

Dieser Patient zeigt eine sehr substanzarme Persönlichkeit mit einem psychisch und intellektuell ganz engen Horizont. Er hat keine Ansichten zu Problemen; geistig erfassen kann er nur die allerbanalsten Normsituationen des Alltags. So erscheint seine Persönlichkeit zu primitiv, als daß er auf Frustrationen mit einer Depression reagieren könnte. Obwohl der Verlauf seines Lebens rein von den Umständen bestimmt ist, hat er keinen stark haltlosen Akzent, und Bindungen, die gemessen an seinen Möglichkeiten als tief anzusprechen sind, kann er durchaus eingehen.

11. Herr Albert U. Krankengeschichten-Nr. 10 003
(Schussenried)

Der 55-jährige Patient wurde als ältestes von 5 Geschwistern geboren. Der Vater war eine respekteinflößende Figur, und führte ein strenges Regiment über die Familie. Er war intelligent und hatte es als Verwalter eines großen städtischen Gutes zu etwas gebracht. Die Mutter war warmherzig und stand immer auf der Seite der Kinder; der Patient empfindet viel Sympathie für sie.

In seiner Jugend wurde der Patient viel zur Mitarbeit im Haushalt herangezogen, was oft ein Gegenstand des Spottes seiner Kameraden war. In der Schule waren seine Leistungen mittelmäßig.

Nach der Schule wäre er gern in eine Maschinenfabrik gegangen, aber sein Vater erlaubte dies nicht und meldete ihn für den Forstdienst an. Nach einer 4-jährigen Praktikantenzeit konnte er sich nicht aufraffen, die Abschlußprüfung zu machen.

Nachdem er schon mehrfach mit Mädchen befreundet gewesen war, heiratete er mit 22, als seine derzeitige Freundin ein Kind erwartete. Sie bekamen in rascher Folge 8 Kinder, weit mehr, als der Patient sich wünschte. Es herrschte oft beträchtliche Not in der Familie.
In diese Zeit fiel ein kurzes Intermezzo bei der SS. Als ihm der Dienst immer lästiger wurde, blieb er einfach weg; dies wurde zu seiner großen Erleichterung mit seiner Entlassung beantwortet.

Aus finanziellen Gründen ging er dann in eine Maschinenfabrik und wurde nach kurzer Zeit wegen Venenentzündung mit Lungenembolien invalidiert. Er ließ sich dann revalidieren, weil ihm das untätige Leben zu langweilig war und wurde als Vorarbeiter eingestellt.

Um diese Zeit begann sein Trinken. Es gab in seiner Familie zwar zuweilen Schwierigkeiten finanzieller Art und mit den Kindern, sie trugen aber nicht viel dazu bei. Der Patient verstand sich andererseits auch gut mit den Kindern, er spielte Gitarre und sang oft ganze Abende mit ihnen.

Ein Jahr vor Kriegsende wurde er eingezogen und später leicht verwundet. Im Zuge der Entnazifizierung war er einige Zeit in einem Internierungslager. Als er von dort nach Hause kam, habe er das Gefühl gehabt, niemand mehr in seiner Familie habe ihn erwartet und niemand wolle seine Autorität anerkennen. Seine Frau war im Krieg wegen Krebs radikal operiert worden, dies war ein Stoß für die Ehe gewesen, und jetzt ging der Patient seine eigenen Wege. Die Ehe wurde dann mit seiner Schuld geschieden.

Nach Kriegsende arbeitete der Patient 5 Jahre lang als Holzsäger und wurde dann wieder invalidiert. Er heiratete zu diesem Zeitpunkt eine um 13 Jahre jüngere Frau; auch sie dominiert im Haus. Er ist sehr eifersüchtig auf seine Frau, da sie gut aussehe und er in seinem Alter sie nicht mehr voll befriedigen könne.

Vor mehreren Jahren wurde ein Duodenalalcus festgestellt und jetzt traten während eines Krankenhausaufenthaltes wegen einer Pneumonie delirante Symptome auf.

Dieser Patient trinkt, seit er erwachsen ist. Bis zu seiner jetzigen Delir-Episode war er immer sehr gut kompensiert, der Alkohol hat weder mit der Arbeit noch mit der Familie je ernstlich interferiert. Dies erklärt sich aus der besonderen Stellung, die er in der Dynamik der Persönlichkeit des Patienten einnimmt. Der Patient ist differenziert und intelligent, er ist durchaus nicht kontaktunfähig, wenn er auch die Einsamkeit vorzieht. Seine Achillesferse ist eine schwerlebige, grüblerische, depressive Art, aus der heraus

ihm eine normale Lebensführung eine große Last ist. Hier hilft ihm der Alkohol; er macht sozusagen einen "normalen" Menschen aus ihm, nur mit Hilfe von Alkohol kann er dem Alltag ins Auge sehen.

12. Herr Alfons W. Krankengeschichten-Nr. 9 938
(Schussenried)

Der 46-jährige Patient wurde als jüngstes von 3 Geschwistern geboren. Er ist 10 Jahre jünger als das nächste Geschwister und war wohl ein unerwünschter Nachkömmling: er wurde von den Eltern mit viel weniger Nachsicht behandelt als seine Geschwister. Der Vater war Reisevertreter und unter der Woche immer unterwegs; am Wochenende führte er ein tyrannisches Regiment, noch mit 20 wurde der Patient von ihm geschlagen. Die Mutter war weich und stand immer auf der Seite des Patienten.

In der Schule war er immer unter den Besten. In der Freizeit war er gewöhnlich mit einer Gruppe von Freunden zusammen, die gemeinsam allerhand Streiche verübte.

Nach der Schule wäre er gerne Automechaniker geworden, da jedoch keine geeignete Stelle zu finden war, ordnete der Vater sehr gegen seinen Willen an, er solle Schlosser werden. Er absolvierte die Lehre ohne Freude, und auf seiner ersten Stelle als Geselle schnitt er sich mit einer Blechstanzmaschine die Finger 3, 4, 5 der linken Hand ab.

Einige Zeit später machte er den Führerschein und wurde Omnibusfahrer. Auch während des ganzen Krieges war er als Fahrer eingezogen.

Im Krieg heiratete er seine erste Frau. Er hatte sie 5 Wochen gekannt und heiratete sie, als sie schwanger geworden war. Sie wurde ihm noch während des Krieges untreu, und als er sie in einem überraschend gewährten Urlaub in flagranti erwischte, reichte er die Scheidung ein. Seine Mutter erzog das Kind. Ein Jahr nach Kriegsende heiratete er seine jetzige Frau. Das Einvernehmen der Eheleute scheint mäßig.

Zur gleichen Zeit begann er ein Taxi- und Leichentransportunternehmen. Es ging anfänglich sehr gut, bereitete ihm aber in letzter Zeit ernstliche Sorgen. Dazu kam, daß er sein Haus umgebaut hat und von daher noch Schulden hat.

Der Patient trinkt seit vielen Jahren. Auch jetzt als Taxifahrer fährt er mit einem konstanten erheblichen Blutalkoholspiegel, jedoch sehr sicher und seit Jahren unfallfrei (Angabe des Schwagers). Jetzt entwickelte er nach einigen Tagen Abstinenz während eines Klinikaufenthaltes wegen Oesophagusvarizen-Blutungen delirante Symptome.

Der Patient bagatellisiert sein Trinken in ganz ungewöhnlicher Weise und ist zu den entscheidenden Punkten seiner Anamnese zurückhaltend bis zur Verstocktheit. So gelang es nicht, die Konstellation zu Beginn des Alkoholismus in befriedigender Weise zu klären.

Was an der Persönlichkeit herausragte, war ein gewisses Überschießen des Affekts und eine Unruhe oder "Nervosität"; hier entfaltet, wie er sagt, der Alkohol beruhigende Wirkung. Auch eine gewisse Kontaktunfähigkeit auf einer vertieften Ebene war zu beobachten.

13. Herr Werner H. Krankengeschichten-Nr. 10 006 (Schussenried)

Der 30-jährige Patient wurde in Oberschlesien als ältestes von 3 Geschwistern geboren. Der Vater war Bäckermeister, die Ehe der Eltern sei ungewöhnlich glücklich und harmonisch gewesen. In seiner Kindheit war der Patient meist mit 3 Freunden zusammen, mit denen er ein sehr gutes Verhältnis hatte.

Seine Schulzeit begann sehr vielversprechend; in der Volksschule und auch in der höheren Schule war er immer unter den Besten. Nach 2 Jahren in der höheren Schule beendete der Einmarsch der Russen diese Ausbildung, und er kam wieder in die Volksschule, da er der polnischen Sprache, die jetzt eingeführt wurde, nicht mächtig war. Nach 2 Jahren wurde ihm auf Grund seiner guten Leistungen ausnahmsweise erlaubt, die Berufsschule zu besuchen, wo er eine Ausbildung als Vermessungstechniker begann. Vor deren Abschluß zwang ihn der Vater jedoch, in die Bäckerei einzutreten.

Die freie Zeit des Patienten war erfüllt mit mannigfachen vereinsmäßigen Aktivitäten. Er war Vorsitzender der Jugendorganisation seines Dorfes und entfaltete dabei großes organisatorisches Geschick. Er leitete zahlreiche Tanzveranstaltungen; er war ein leidenschaftlicher Tänzer. Dazuhin war er Regisseur der Laienspielgruppe, die unter seiner Leitung viele Preise errang.

Als der Vater die Bäckerei aufgeben mußte, ging der Patient zur polnischen Bahn, weil ihm dies ein sicherer Beruf schien. Nach 2 Jahren wurde er zum Militär eingezogen, wo er in kurzer Zeit zum Ausbilder avancierte. Er sei immer gegen das herrschende System gewesen, aber er habe sich eben arrangiert und versucht, das Beste daraus zu machen.

Das exzessive Trinken begann in dieser Zeit beim Militär. In dem Dorf, wo er stationiert war, gab es keinerlei Abwechslung anderer Art, und als Ausbilder wurde er oft von der Truppe zum Trinken eingeladen.

1958 heiratete er. Er hatte seine Frau während eines Urlaubs kennengelernt. Als die Familie sich auf die Ausreise nach Deutschland vorbereitete, heiratete er das Mädchen auf Drängen der Mutter. Mit der Eheschließung mit der energischen, lebenstüchtigen Nichttänzerin zeigt sich ein auffallender Knick im Lebenslauf des Patienten. Er gab alle geselligen Aktivitäten auf und verzichtete resigniert auf eine aktive Gestaltung seines Lebens auf einem ihm angemessenen Niveau.

Als er mit seiner Frau überraschenderweise auch nach Deutschland kam, ging er als Arbeiter in eine chemische Fabrik und einige Zeit später zu einem Freund, der ein Installationsgeschäft führt, als Heizungsmonteur, wo er heute noch beschäftigt ist.

Für die Zukunft hat er ebenso große wie nebelhafte Pläne; er will unter anderem mit Hilfe eines Fernlehrinstituts das Abitur nachmachen und ein "Studium" in Heizungsbau beginnen.

Dieser sehr differenzierte und intelligente Patient ist im Lauf seines Lebens auf immer tiefere Stufen der Resignation geglitten, so daß er heute sagt, er sei "gar nichts". Er hat die Versagungen, welche Veränderungen der Umwelt mit sich brachten, hingenommen, auch dann, wenn es in seiner Hand gelegen hätte, sich aufzuschwingen. All dies führte, entstanden aus seiner Willensschwäche, in eine defaitistische, depressiv gefärbte Grundhaltung, die er mit Hilfe von Alkohol aufhellen kann. Seine Persönlichkeit zeigt sonst keine gröberen Defekte; er ist beispielsweise auch unter Alkohol nie heftig zu seiner Familie.

Er zeigt einen ganz ausgeprägten Kontrollverlust: schon nach einem Schnaps kann er nicht mehr aufhören und hat schon am hellen Tag seine Arbeit im Stich gelassen, um weiterzutrinken, nachdem ihm etwas Alkohol angeboten worden war.

14. Herr August N. Krankengeschichten-Nr. 9 952
(Schussenried)

Der 31-jährige Patient wurde als ältestes von 3 Geschwistern in einem kleinen Dorf in Süddeutschland geboren. Der Vater fiel im Krieg, so daß die Mutter, die nie sehr gesund war, die Kinder erzog.

In der Schule zeigte er gute Leistungen. Er hatte immer viele Freunde, mit denen er in seiner Freizeit zusammen war. Seine Jugend bezeichnet er als glücklich.

Nach der Schule absolvierte er eine Maurerlehre. In dieser Zeit trat er dem Musikverein bei, wo er bis heute Horn spielt. Dies brachte auch den intensiven Kontakt mit Alkohol; die Musik trinke immer viel, und auch auf dem Bau ist es nicht viel anders.

Nach seiner Gesellenprüfung wechselte er zweimal die Stelle, ohne daß der Alkohol etwas damit zu tun hatte. Auf seiner jetzigen Stelle ist er seit 10 Jahren und ist noch nie wegen Alkohol der Arbeit ferngeblieben. Er wohnt bei seiner Mutter.

Er war schon öfters mit Mädchen befreundet und würde sehr gern heiraten; er hat ein Haus gekauft, wo er nur einzuziehen bräuchte mit einer Frau. Die Freundschaften gingen jedoch alle nach kurzer Zeit in die Brüche, teils, weil er alles andere als einnehmend aussieht, teils wegen seines Trinkens. Das Ende einer solche Episode brachte jedesmal eine Verstärkung des Trinkens mit sich.

Die Persönlichkeit dieses Patienten ist durch eine allgemeine Armut gekennzeichnet. Es fehlen jedoch unreife Züge: er wünscht sich eine Ehe und ein selbständiges Leben; er verträgt sich gut mit seiner Mutter, steht ihr aber nicht unkritisch gegenüber; er hat sein Leben durchaus selbst in die Hand genommen. Im allgemeinen leichtlebig, reagiert er doch auf Frustrationen ausgesprochen depressiv. Hier kommt der reaktive Anteil des Alkoholismus ins Spiel.

Der ausgiebige Kontakt mit Alkohol im Beruf und beim Musizieren läßt den Anteil der Persönlichkeit bei der Entstehung des Alkoholismus etwas zurücktreten.

15. Herr Gottfried B. Krankengeschichten-Nr. 9 851 (Schussenried)

Der 34-jährige Patient wurde im Sudetenland als ältestes von 4 Geschwistern geboren. Der Vater war technischer Angestellter bei der Stadt, das Verhältnis der Eltern unauffällig.

Seine Kindheit beschreibt der Patient als viel glücklicher als sein heutiges Leben. In der Volksschule zeigte er sehr gute Leistungen, so daß sein Lehrer den Besuch der höheren Schule empfahl, was aber aus finanziellen Gründen nicht möglich war.

Nach Kriegsende begann er eine Lehre als Maschinenschlosser, die er nach Aussiedlung der Familie in Bayern mit gutem Erfolg beendete. Er arbeitete dann 3 Jahre lang in einer Firma für sanitäre Installationen.

Mit 21 heiratete er zum ersten Mal. Seine Frau war 19, Ungarin und arbeitete als Dienstmädchen. Er wollte sie nicht heiraten, aber sie erwartete ein Kind und machte einen Selbstmordversuch, als er sich von ihr trennen wollte. Nach kurzer Zeit verschlechterte sich ihr Einvernehmen immer mehr. Sie vernachlässigte den Haushalt und die Kinder, und er begann zu trinken, hatte Verhältnisse mit anderen Frauen und kam seiner Unterhaltspflicht nicht nach. So wurde die Ehe, aus der 2 Kinder hervorgingen, nach 4 Jahren mit Alleinschuld des Patienten geschieden, nachdem der Patient schon vorher zu seinen Eltern gezogen war.

Nachdem er 2 Jahre bei seinen Eltern gewohnt hatte, heiratete er zum zweiten Mal, diesmal eine ordentliche, tüchtige Frau, die ebenfalls zu dem Zeitpunkt von ihm schwanger war. Sie zogen zu den Eltern der Frau, wo sie außer einem Schlafzimmer nichts für sich hatten. Der Patient mußte am Zahltag sein ganzes Geld abliefern, was ein Gegenstand dauernden Streites war. Nachdem Zwillinge geboren worden waren, ging es in der Ehe immer schlechter, weil der Patient sich mit anderen Mädchen herumtrieb und nicht arbeitete. Er wurde auch kriminell: er hob vom Sparbuch eines dieser Mädchen einen größeren Betrag ab und flüchtete damit, wurde aber aufgegriffen und zu Gefängnis verurteilt. Daraufhin

reichte seine Frau die Scheidung ein. Als sie bemerkte, daß die schwanger war, wußte sie sich keinen anderen Ausweg als eine Abtreibung. Der Patient erfuhr davon und brachte es in der Scheidungsverhandlung vor, um ihr zu schaden, so wurde auch ihr ein Teil der Schuld zugesprochen, dem Patienten jedoch die Unterhaltspflicht für die Kinder auferlegt.

Ein Jahr später machte der Patient einen Selbstmordversuch, da er seine finanzielle Situation wegen seiner verschiedenen Unterhaltsverpflichtungen nicht mehr übersah. In dieser Zeit lernte er auch seine jetzige Frau kennen. Er zog zu ihr, arbeitete nur unregelmäßig und trank dauernd. Er beging wieder einen Diebstahl und versuchte kurz darauf nochmals, sich das Leben zu nehmen. Er wurde damals in das psychiatrische Landeskrankenhaus Schussenried eingeliefert, wo die Diagnose reaktive Depression gestellt wurde.

Nachdem seine Braut schwanger geworden war, heiratete er sie, obwohl er sie immer wieder in brutaler Weise körperlich angegriffen hatte.

Eine auf Antrag der Frau durchgeführte Entziehungskur brachte keine Änderung. Er wurde jetzt auch in nüchternem Zustand oft grundlos und überraschend tätlich gegen sie, er weckte sie sogar manchmal nachts, um sie zu verprügeln. Dabei weckte er oft auch die 3 Kinder (es waren inzwischen noch 2 auf die Welt gekommen), weil sie das auch sehen müßten. Mehrmals mußte die Frau in der Nacht die Polizei rufen, weil er sie ausgesperrt hatte und sie in der Kälte stand. Er arbeitete nur noch jeweils kurze Zeit in großen Abständen, Frau und Kinder leben von der Unterstützung des Sozialamtes. - Als er jetzt in Schussenried eingeliefert wurde, sagte er bei der Aufnahme, über seine Ehe könne er keine Angaben machen, denn sonst müsse er nur Schlechtes über seine Frau sagen, und er liebe sie doch so.

Schon die Biographie dieses Patienten enthüllt eine extrem abnorme Persönlichkeit. Er ist zu keiner Bindung, gleich auf welcher Ebene, fähig, er ist haltlos und gemütlos sowie arbeitsscheu. Dazu hat er ein System von so glänzend funktionierenden Projektionen, daß er selbst fest davon überzeugt ist, daß alles Mißliche in seinem Leben eine Folge äußerer Umstände ist. So ist er selbstgefällig und von sich überzeugt. Der Alkoholismus begann ganz ohne situative Veranlassung.

16. Herr Rudolf B. Krankengeschichten-Nr. 9 635
(Schussenried)

Der 28-jährige Patient wurde als mittleres von 3 Geschistern geboren. Das Verhältnis der Eltern war immer ziemlich unharmonisch, der Vater kam oft betrunken nach Hause und hatte andere Frauen. Die Ehe wurde dann geschieden, als der Patient 14 war.

Der Patient kam früh in die Schule und war immer ein guter

Schüler. Schon mit 17 bestand er die Facharbeiterprüfung mit gutem Erfolg. Er hat immer viele Freunde gehabt, mit denen er in seiner Freizeit zusammen war.

Mit 19 hatte er seinen ersten Kontakt mit Alkohol, als ihn Freunde auf Veranstaltungen zum Trinken animierten. Der erste Rausch war von einem nächtlichen epileptischen Anfall gefolgt, und so blieb es immer. Nüchtern hatte er nie Anfälle. Der Patient trank exzessiv nur am Wochenende und immer in Gesellschaft. Öfter blieb er an Montagen der Arbeit fern, sonst interferierte der Alkohol nicht ernstlich mit dem Beruf.

In dieser Zeit machte er einen Tanzkurs, und das Tanzen wurde seine Lieblingsbeschäftigung in der Freizeit. Er sieht sehr gut aus, die Mädchen sprechen sehr auf ihn an. Er liebt ihre Gesellschaft, sobald jedoch eine versucht, ihn "einzufangen", zieht er sich zurück; seine Freiheit sei ihm viel zu teuer.

Der Patient wohnt bei seiner Mutter, zu der er ein ambivalentes Verhältnis hat. Er fühlt sich von ihr bevormundet, und sie nörgle viel an ihm herum, aber in wichtigen Dingen sucht er doch ihre Entscheidung.

Der Patient hat eine Reihe Anschaffungen gemacht, so einen Fernseher, einen Musikschrank mit zahlreichen Schallplatten. Er besitzt eine exzessiv umfangreiche Garderobe und kleidet sich immer nach der neuesten Mode.

In den letzten 5 Jahren machte er 3 erfolglose Entziehungskuren. Im letzten Jahr beantragte seine Mutter die Entmündigung. Als er davon hörte, betrank er sich und unternahm einen melodramatischen Selbstmordversuch auf dem Friedhof, wurde aufgefunden und ins psychiatrische Landeskrankenhaus Schussenried eingeliefert. Seine damals gedrückte und mürrische Grundhaltung, die gar nicht zu seinem sonstigen Wesen paßte, wurde als epileptischer Verstimmungszustand gedeutet.

Dieser Patient läßt sich gut mit dem Stichwort "Geselligkeitstrinker" charakterisieren. Er trinkt nie für sich und hat auch nie aus Umweltschwierigkeiten heraus getrunken. Er ist ein umgänglicher, differenzierter, intelligenter Mensch. Gleichwohl zeigt seine Persönlichkeit unreife Züge: er ist den Ansprüchen eines erwachsenen Lebens ausgewichen, indem er nicht geheiratet hat und noch bei der Mutter lebt. Er führt ein idyllisches Leben auf Sparflamme im Kreis von Fernseher und Schallplatten. Es wäre denkbar, daß ein Leben, das größere Ansprüche stellt, den haltlosen Akzent des Geselligkeitstrinkers deutlicher zum Vorschein bringen würde.

Klinische Resultate

Bei der Frage nach den Kennzeichen der prämorbiden Persönlichkeit der Patienten habe ich jeweils versucht, den Anteil der Persönlichkeit einerseits und von in der Umwelt begründeten dynamisch wirksamen Faktoren andererseits bei der Entstehung des Alkoholismus abzugrenzen.

Die Persönlichkeit kann in verschiedener Weise an der Entstehung des Alkoholismus beteiligt sein. Einmal kann dies durch Züge sein, die als anlagemäßig vorhanden imponieren. Das Wort Anlage ist allerdings etwas in Mißkredit geraten, weil sich das Angeborene, die Anlage im eigentlichen Sinn, in der Praxis von dem in früher Auseinandersetzung mit der Umwelt Entstandenen oft schwer trennen läßt. Man spricht daher besser von habituellen Verhaltensbereitschaften, die sozusagen die "Grundausrüstung" der Persönlichkeit darstellen und vor allem an drei Kriterien erkennbar sind: 1) sie bestehen schon lange, oft sogar schon immer; 2) ihr Träger empfindet sie als weitgehend Ich-synton und keinesfalls als krankhaft; 3) sie sind entweder nicht in der Auseinandersetzung mit der Umwelt entstanden, also angeboren, oder ihre Ausprägung fällt in die frühesten Phasen der Persönlichkeitsentwicklung.

Eine Zwischenstellung in mehrfacher Hinsicht nehmen die neurotischen Fehlhaltungen ein. Sie erwachsen entweder aus einer inäquaten Verarbeitung von intrapsychischen Konflikten oder von Konflikten, die aus äußeren Umständen entstanden sind. Diese Fehlhaltungen sind also nicht eigentlich anlagebedingt oder habituell, aber sie haben doch eine gewisse Disposition als Voraussetzung, oder, um mit PETRILOWITSCH (73) zu sprechen, sie "gedeihen vorzugsweise auf dem Boden von Charakteropathien". Der Alkoholismus kann nun e i n Symptom unter mehreren einer mehr oder weniger durchgängigen Fehlhaltung sein, oder aber die neurotische Verarbeitung des Konflikts erscheint in der Gestalt des Alkoholismus, er ist dann also das einzige auffallende Symptom.

Am anderen Ende des Kontinuums stehen Fälle, in denen der Alkoholismus auf dem Boden einer weitgehend "normalen" Persönlichkeit entstand durch überwältigende situative Belastungen, etwa in Analogie zu den Aktualneurosen FREUDs.

Die Untersuchung wurde in der Erwartung begonnen, daß sich ein Spektrum von Fällen bieten würde, das von ganz überwiegend umwelt- bzw. konfliktbedingtem bis zu ganz überwiegend persönlichkeitsbedingtem Alkoholismus reichen würde, also von reaktivem bis essentiellem Alkoholismus. Die Verteilung der Fälle auf diesem Kontinuum zeigte einen deutlichen Schwerpunkt auf der Seite des essentiellen Alkoholismus, das war das erste, überraschende Ergebnis. Die Situation zu Beginn des Alkoholismus zeigte in vielen Fällen keine ungewöhnlichen, manchmal gar keine Konflikte und Belastungen. Neurotische Fehlhaltungen und andere Faktoren, die in dynamischer Weise an der Entstehung des Alkoholismus beteiligt waren, waren durchaus vorhanden, aber bei weitem nicht in demselben Umfang wie abnorme Züge in den Persönlichkeiten der Patienten. Selbst dort, wo eine Querschnittsbetrachtung schwerwiegende situative Belastungen enthüllte und somit starke reaktive Momente nahelegte, ergab die Längsschnittbetrachtung, daß die Krisensituation eben doch eher durch Eigenarten der Persönlichkeit des Patienten entstand als durch äußere Entwicklungen.

Die Beobachtung, daß die essentiellen Trinker ohne schwerwiegende Konflikte einen beträchtlichen Teil der untersuchten Gruppe bilden, steht zu vielen Angaben der Literatur in Widerspruch, insbesondere der amerikanischen, wo der Alkoholismus häufig grundsätzlich als neurotische Verarbeitung eines Konflikts dargestellt wird. Zu einem Teil erklärt sich diese Diskrepanz aus Unterschieden in der Auffassung des Begriffs der abnormen Persönlichkeit. Während wir damit anlagebedingt Abnormes betonen, versteht die amerikanische Psychiatrie darunter eher neurotische Entwicklungen der Persönlichkeit, so daß für sie auch der auf dem Boden einer Psychopathie entstandene Alkoholismus

"neurotisch" ist. In einer Reihe von Fällen sah ich jedoch auch keine Entwicklung der Persönlichkeit zur Psychopathie hin vor dem Beginn des Alkoholismus.

LUSTIG (56), der diese Beobachtung ebenfalls gemacht hat, schreibt dazu, daß dies früher anders gewesen sei; er spricht geradezu von einer Wandlung des Trinkertyps von heute gegenüber dem von früher. Es mag sein, daß unsere Zeit manches mit sich bringt, das zur Sucht verführen könnte, wie z.B. die "Unruhe des Menschen unserer Tage" (SCHULTE [80]), das wir jedoch in seiner ganzen Bedeutung als situative, dynamisch wirksame Komponente nicht erfassen können, weil wir ebenfalls in dieser Zeit leben. Man könnte in dieser Ansicht bestärkt werden dadurch, daß bei den untersuchten Alkoholikern manchmal nur auffallend geringe spezifische Verformungen (was darunter zu verstehen ist, wird noch dargelegt werden) gefunden wurden. - Auch die Zusammensetzung der untersuchten Gruppe kann zu einem Teil für dieses Ergebnis verantwortlich sein. Die Einlieferung in die Universitäts-Klinik und besonders in das Psychiatrische Landeskrankenhaus bringt eine Auswahl mit sich in dem Sinne, daß niedere soziale Schichten stärker vertreten sind, als dies in einem repräsentativen Querschnitt der Fall wäre. - Wenn jedoch im folgenden nicht mehr viel von nicht in der Persönlichkeit begründeten ätiologisch bedeutsamen Faktoren die Rede ist, soll damit nicht gesagt werden, daß sie fehlten. Da sich die vorliegende Arbeit mit der Persönlichkeitsstruktur des Alkoholikers befaßt, steht diese im Mittelpunkt der Betrachtungen.

Bevor nun die Ergebnisse der Untersuchung angeführt werden, soll noch auf zwei Probleme eingegangen werden. Die eine Frage, die schon im Kapitel IV angeschnitten wurde, ist die der Persönlichkeitsveränderungen, die jahrelanger Genuß von exzessiven Mengen von Alkohol mit sich bringt. Leider werden Alkoholiker meist erst dann untersucht, wenn sie schon sozial abgeglitten sind. Dies hat zwei Ursachen: einmal, weil es bislang keine Methode gibt, potentielle

Alkoholiker zu identifizieren und zum anderen, weil Langzeituntersuchungen an einer großen Zahl unauffälliger junger Menschen, von denen nach der Wahrscheinlichkeit einige Alkoholiker werden müßten, mit einem immensen Aufwand verbunden sind. Man kann das Problem vermeiden, indem man, wie viele Amerikaner, die Befunde hinsichtlich der Persönlichkeit nur registriert und als für den Moment der Beobachtung gültig erklärt und sie nicht im Sinne einer Disposition interpretiert. Bei Untersuchungen mit Hilfe von Testen ist diese Zurückhaltung sicher angebracht. Bei klinischen Untersuchungen jedoch hat man die Möglichkeit, den Zeitpunkt des Beginns des Alkoholismus ins Auge zu fassen. Man kann aus der äußeren und inneren Entwicklung vor und nach dem Beginn der Sucht annähernd das isolieren, was als Anlage in der Persönlichkeit vorhanden war und was die Sucht brachte, so daß dieses Verfahren, zumindest solange Untersuchungen unter günstigeren Voraussetzungen nicht möglich sind, seine Berechtigung hat.

Die andere Frage ist die, inwieweit man berechtigt ist, aus der Zahl von 16 untersuchten Alkoholikern allgemeingültige Schlüsse zu ziehen. Da es im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich war, mehr Fälle heranzuziehen, sind die Aussagen in mancher Hinsicht unvollständig und in gewisser Weise spekulativ. Wie noch klar werden wird, laufen die Erkenntnisse, die im Zuge der Untersuchung gewonnen wurden, darauf hinaus, daß die "Disposition zum Alkoholismus" nichts Einheitliches ist, sondern daß sie sich aus einer Reihe von Persönlichkeitszügen verschiedener Art nach Regeln zusammensetzt, die weiter unten noch dargelegt werden und daß es dementsprechend "den Alkoholiker" oder "Alkoholiker-Typen" nicht gibt. Dies ist das eine Ergebnis, das die vorliegende Arbeit mitteilen will und stellt ein Prinzip dar, das an einer gewissen Mindestzahl von Fällen abgelesen werden kann und auch bei einer Vergrößerung der untersuchten Gruppe wohl nicht wesentlich modifiziert werden müßte. Das andere Ergebnis, die Aufzählung und Dar-

stellung der Züge, die disponierend wirken, erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit; ihre Zahl würde sich mit der Zahl der Fälle vergrößern und könnte erst an Hand eines Vielfachen alle Möglichkeiten erschöpfen. Ich glaube aber, daß die wesentlichsten Züge in der hier angeführten Liste enthalten sind.

Wenn wir nun die vorliegenden Fälle einer kritischen Betrachtung unterziehen, so ergibt sich zunächst eine negative Aussage: die Persönlichkeiten dieser 16 Alkoholiker lassen sich nicht auf einen gemeinsamen Nenner bringen. Es gibt viele in der Persönlichkeite begründete Elemente, die zum Alkoholismus disponieren können, die jedoch im konkreten Fall nicht alle vorhanden sein müssen. Es soll jetzt zunächst eine Darstellung dieser Züge gegeben werden.

1. Depressive Grundstimmung

Diese Eigenart äußert sich in ihrer ausgeprägten Form in einer ständig niedergedrückten, trüben Gestimmtheit, die sich auf alle Lebenserfahrungen bezieht. Dem grüblerischen und bewußten Wesen dieser Menschen haften "die Bleigewichte der Hoffnungslosigkeit" (SCHULTE) an. Dabei sind sie oft differenziert und warmherzig und tiefer menschlicher Bindungen fähig.

Die depressive Grundstimmung ist das charakterliche Manko par excellence, das sich mit Hilfe von Alkohol kompensieren läßt. Dies wurde deutlich beim Patienten Albert U. (Fall 11; KG-Nr. 10 003), der außer dieser Eigenart nichts wesentlich Abnormes aufwies. Der konstante Alkohol-Spiegel machte seine Persönlichkeit gewissermaßen erst voll funktionsfähig. Dementsprechend trank er, seit er erwachsen ist, und die Trinkanamnese zeigt keine reaktiven Knicke. Die Trinkmengen waren so bemessen, daß selten Berauschtheit resultierte. Der Alkohol interferierte so gar nicht mit dem Beruf und kaum mit dem Familienleben: er hat es in bescheidenem Rahmen zu etwas gebracht, voll verantwortlich für seine Kinder gesorgt und ein im ganzen geordnetes Le-

ben geführt. Der Alkohol wurde hier nur in einer einzigen seiner möglichen Funktionen benutzt, als euphorisierendes Mittel. Je komplexer die Disposition von seiten der Persönlichkeit zum Alkoholismus ist, desto vielfältiger sind in der Regel die Funktionen, die das Getränk hat.

Die depressive Gestimmtheit kann im Persönlichkeitsgefüge auch eine weniger tragende Rolle spielen. Der niedergedrückte Gefühlston bezieht sich dann nicht auf alle Erfahrungen schlechthin, sondern auf Situationen, die eine seelische Belastung mit sich bringen. Diese Menschen reagieren depressiv, ohne von vornherein in der immerwährenden trüben Grundverfassung des eben beschriebenen Typs zu leben. Hier handelt es sich um ein bei Alkoholikern häufiges Phänomen. Solche Menschen sind oft im Alltag stimmungsmäßig unauffällig, gelegentlich ein wenig schwerlebig, und erst unter widrigen Lebensumständen sinkt ihre Stimmung unverhältnismäßig ab. Dies kann bis zu einer voll ausgeprägten depressiven Erlebnisverarbeitung mit Suizidversuchen gehen. In diesen Momenten erweist sich der Alkohol als Retter in der Not. Bei diesen Patienten kann man in der Trinkanamnese gewöhnlich den Einfluß von frustrierenden Erlebnissen und anderen psychischen Notsituationen auf den Alkohol-Konsum beobachten.

Diese depressive Art des Reagierens scheint für sich allein nicht hinreichend als disponierender Faktor. Ich fand sie immer vergesellschaftet mit anderen abnormen Zügen der Persönlichkeit. Häufig war dies eine gewisse Willensschwäche, die sicher einen mittelbaren Zusammenhang mit der Schwerlebigkeit hat. Auch Selbstunsicherheit und Geltungsbedürfnis waren zu finden.

Die Funktion des Alkohols ist hier schon komplexer. Neben der Euphorisierung hat das Trinken häufig einen deutlichen selbstzerstörerischen Akzent, der Rausch käme dann einem "Suizid auf Zeit" gleich.

2. Aggressivität

Die Aggressivität äußert sich in einer den Mitmenschen und der Welt gegenüber feindseligen, ablehnenden Haltung. Sie kann sich in ihrer weniger ausgeprägten Form als allgemeine Geringschätzung zeigen und im anderen Extrem in Form von tätlichen Angriffen aus rasender Wut. Auch das Bestreben, eine beherrschende Position einzunehmen, das ich nicht selten beobachtete, gehört in diese Rubrik.

Oft ist die Aggressivität, solange der Patient nüchtern ist, zurückgedrängt und wird nur in Formen ausgelebt, die unsere Kultur gutheißt. Bisweilen äußert sie sich aber auch hier schon in mehr oder weniger verhüllter Weise: ein Patient sagte, wenn die Exploration auf Gebiete kam, die ihm unangenehm waren, mit vor Erregung zitternden Händen: "Das ist eine dumme Frage!"; völlig unverhüllt trat sie bei dem Patienten auf, der seine Frau manchmal, ohne etwas getrunken zu haben, nachts weckte, um sie zu schlagen.

Da der Alkohol das Gewissen betäubt und Hemmungen beseitigt, ist seine Wirkung denkbar geeignet, das "ungestrafte" Abreagieren der Aggression zu ermöglichen. Oft bricht sie überhaupt erst im Rausch durch, während sie normalerweise völlig unterdrückt ist.

Außer durch die Beseitigung der Hemmungen kann der Alkohol auch in indirekter Weise in den Dienst der Aggressivität gestellt werden, so bei dem Patienten, der sich betrank, um seiner Frau wehzutun.

Ob die Aggressivität im konkreten Fall beteiligt ist, läßt sich gewöhnlich leicht entscheiden. Der Alkohol als "Analytiker der Seele" (RADO 76) bringt es an den Tag. Es gibt Fälle, in denen es auch im Rausch nie zu aggressiven Akten kommt. Bei mindestens 3 der von mir untersuchten Patienten war es der Fall.

3. Kontaktschwäche

Das, was obenhin betrachtet als Kontaktschwäche imponiert, kann verschiedene Wurzeln haben. Es kann ein Zeichen sein

für einen untergründigen Defekt der Persönlichkeit, etwa für Gemütsarmut, es kann sogar aus einer tiefen Empfindsamkeit und Verletzlichkeit erwachsen, aus der heraus alle Kontakte abgewehrt werden. Auch ein Mensch, der sich allen anderen für überlegen hält, kann aus der Geringschätzung für seine Mitmenschen heraus den Eindruck von Kontaktschwäche machen.

In unserem Zusammenhang jedoch soll das Wort in einem engeren Sinne gebraucht werden. Es ist eine Kontakschwäche gemeint, die als selbständiger Faktor auftritt, sozusagen als eine Art Werkzeugstörung. Die auf diese Art kontaktunfähigen Menschen sind nicht kontaktlos, weil sie keinen Wert auf Kontakte legen. Sie sind vielmehr nicht in der Lage, sich mitzuteilen, ihr Inneres zu offenbaren und eine Atmosphäre zu schaffen, in der der Partner sich ihnen erschließt. Diese Patienten hatten oft eine genaue Vorstellung von menschlich erfüllten Kontakten und waren sich ihres Unvermögens schmerzlich bewußt. Ihr Leben erscheint ihnen in der Rückschau oft als eine Kette von versäumten Gelegenheiten, Kontakt zu finden.

Die Kontaktschwäche äußert sich in vielerlei Gestalt in allen zwischenmenschlichen Situationen. Schon in der Jugend hatten diese Menschen zwar manchmal viele Kameraden, aber keinen Freund, zu dem sie ein Vertrauensverhältnis finden konnten. Sie waren oft Außenseiter, die die Einsamkeit vorzogen oder "Rädelsführer", denen ihre Position eine isolierte Stellung gab, oder sie suchten sich inferiore Partner aus, so daß sie auch in einer Art Einsamkeit lebten. - Im Umgang mit dem anderen Geschlecht zeigt sich die Kontaktschwäche in charakteristischer Weise: entweder hatten diese Menschen zahlreiche kurzdauernde Freundschaften auf einer ganz oberflächlichen Ebene, oder sie hatten solche Annäherungsschwierigkeiten, daß sie entweder ganz allein blieben oder an "späte Mädchen" gerieten, die noch nicht älter zu sein brauchten als der Patient, aber nicht ohne Grund noch keinen Mann gefunden hatten und von sich aus et-

was zum Zustandekommen einer Ehe taten. So brachte die Wahl der Partnerinnen meist eine gewisse negative Auslese. Die Ehe ist dann meist durch eine große Einsamkeit beider Partner gekennzeichnet. Ein Patient erklärte mir beispielsweise, seine Frau könne keine Kinder bekommen, das sei sein großer Kummer. Auf meine Frage, ob sie auch Kinder wolle: das wisse er nicht, sie sprächen nicht über solche Dinge.

Auch die Kontaktschwäche war immer mit anderen abnormen Zügen vergesellschaftet, häufig waren dies gewisse depressive Einschläge.

4. Unreife

Unter diesem Begriff soll eine Reihe von Phänomenen zusammengefaßt werden, die alle darauf hinauslaufen, daß der Patient die Rolle eines erwachsenen, sein Leben selbständig und voll verantwortlich gestaltenden Menschen in irgendeiner Weise nicht ausfüllen kann. Der Begriff "Unreife", in dem Sinn, wie er hier gebraucht wird, hat manches gemeinsam mit dem psychoanalytischen Konzept der Fixierung, es soll jedoch nicht die Entwicklungstheorie dieser Schule zu Grunde liegen.

Die Unfähigkeit, voll im erwachsenen Leben zu stehen, zeigte sich oft schon darin, daß die Patienten ihre Kindheit als glücklich empfinden, die Gegenwart dagegen als grau und langweilig, nicht als lohnende Aufgabe und nicht als Geschenk.

Diese Menschen haben eine ausgeprägte Neigung, sich von anderen versorgen zu lassen, die manchmal so weit geht, daß ein Abhängigkeitsverhältnis resultiert. Sie leben bei ihren Eltern noch zu einer Zeit, wo sie ein unabhängiges Leben führen könnten und wo andere ihre "Freiheit" suchen. Befragt über die Gründe, geben sie meist direkt das Versorgtsein an. Wenn sie heiraten, dann geschieht es meist aus dem bewußten Wunsch heraus, versorgt zu sein; etwas anderes suchen sie nicht in der Ehe. Besonders deutlich wurde dies bei dem Pa-

tienten Gottfried B., der sich von seiner ersten Frau zurückzog, weil sie ihn nicht mehr richtig versorgte und der dann bezeichnenderweise zu seinen Eltern zog. In der Ehe der unreifen Patienten sind die Frauen das dominierende Element; sie entscheiden in allen wichtigen Fragen, sie verwalten die Finanzen, sie erziehen die Kinder. Sicher ist ein Teil der Dominanz der Frau als Reaktion auf das Trinken des Mannes zu verstehen, aber in vielen Fällen wurde der Grund dafür schon vorher mit der Wahl der Frau gelegt. So berichtete ein Patient, daß er gleich nach seiner Eheschließung seiner Frau die Verwaltung des Geldes übertrug, wobei ihre Verfügungsgewalt so weit ging, daß er sich Geld geben ließ, wenn er ausgehen wollte.

Die Patienten, die durch Unreife gekennzeichnet sind, weisen auch sehr häufig eine übermäßige persistierende Eltern- und besonders Mutterbindung auf. Die erwähnten Ergebnisse NAVRATILs dazu haben sich an der von mir untersuchten Gruppe bestätigt. Oft waren die Patienten, die an sich dem Leben recht indifferent gegenüberstanden, bei der Erwähnung der Mutter zu Tränen gerührt. Ein Patient sagte zum Tod seiner Mutter, er würde das letzte hergeben, wenn er sie wiederhaben könnte. Auf die Frage nach dem Grund: "Ha, dann wär ich gut versorgt!" Die Ehefrau wird häufig nach dem Vorbild der Mutter oder gar als Ersatz für sie gewählt und beurteilt. Ein Patient erklärte zu der etwas nachlässigen Haushaltsführung seiner Frau, das sei er von seiner Mutter nicht gewöhnt. Ein anderer sagte, er würde sich auch heute noch nicht gegen seine Mutter auflehnen, das sei genau so, wie wenn er noch ledig wäre. Also nicht das Älterwerden betrachtet er als Gefahr für das Bestehen der Bindung zur Mutter, sondern seine Verheiratung. Manche Patienten zogen es auch vor, gar nicht zu heiraten, nicht wegen Kontaktschwierigkeiten, sondern wegen der mancherlei Nachteile, die eine Ehe und die damit verbundene Verantwortung mit sich bringt. Die Unreife dieser Menschen liegt darin, daß eine Ehe ihnen tatsächlich nur Nachteile bringen kann, weil sie

nicht in der Lage sind, eine echte Partnerschaft einzugehen.

Die Unfähigkeit zur Partnerschaft ging manchmal so weit, daß alle Beziehungen zu anderen Menschen von Mißtrauen durchtränkt waren und der Patient in dem Gefühl lebte, zutiefst unverstanden zu sein. Sicher ist dies oft eine Reaktion auf den sehr realen "Mangel an Verständnis" für sein Trinken, auf den der Patient in seiner Umwelt stößt und daher den durch den Alkoholismus entstandenen Zügen zuzurechnen. In manchen Fällen aber ließ sich die Entstehung des Mißtrauens bis in die Kindheit verfolgen: diese Patienten hatten nie ein Verhältnis zu den Eltern, welches das entstehen lassen konnte, was ERIKSON (26) "basic trust" nannte, jenes grundlegende, unbedingte Vertrauen eines Kindes zu seinen Eltern, aus dem allein sich die Fähigkeit zu einer vertrauenden Beziehung mit anderen entwickeln kann.

Auch die Wertschätzung als Attribut der Männlichkeit, welcher sich der Alkohol in unserer Kultur erfreut, ist hier von Bedeutung. Die Unreife der Alkoholiker zeigt sich darin, daß sie es bewußt für eines Mannes unwürdig halten, im Alltag des Alkohols zu entraten.

5. Gemütsarmut

Die Gemütsarmen zeichnen sich dadurch aus, daß sie es an der elementarsten Achtung für die Belange anderer fehlen lassen. Bindungsfähigkeit fehlt ihnen ganz, dazu Scham, Ehrgefühl und Gewissen.

Sicher ist manches, was bei den Patienten als gemütsarmes Verhalten imponiert, auf die Depravierung durch den jahrelangen exzessiven Alkohol-Genuß zurückzuführen. Oft ließen sich jedoch ähnliche Vorfälle in der Zeit vor dem Beginn des Trinkens eruieren. So ergab sich bei drei Patienten eine überragende Bedeutung der Gemütsarmut. Sie äußerte sich in vielfältiger Gestalt. Ein Patient verletzte dauernd seine Unterhaltspflicht gegenüber seiner Familie, zwang seine Kinder zuzusehen, wie er seine Frau schlug. Ein anderer

stahl einen persönlichen Brief seiner Verlobten, um durch dessen Inhalt bei der Entlobung gut dazustehen, der dritte vertrank eine Steuerrückzahlung seiner Frau. Zwei von ihnen wurden kriminell: Diebstahl und Unterschlagung.

Die Gemütlosigkeit bringt es auch mit sich, daß diese Patienten ihre Lebensführung und ihr Trinken als vollkommen Ich-synton empfinden. Sie fühlen sich nicht nur im Recht, sondern sogar als verfolgte Unschuld: ein im Rheinland Geborener erklärte mir, zu Hause wäre er nie zur Entziehungskur gekommen, aber hier in Schwaben, wo es nichts anderes gebe als Schaffen, habe man eben kein Verständnis.

Den Zusammenhang zwischen Gemütsarmut und Alkoholismus herzustellen, ist schwieriger. Ich habe den Eindruck, daß sie allein nicht ausreicht als disponierendes Moment. Wenn sie nicht ganz stark ausgeprägt ist, kann sie sich mit der Neigung zu depressiven Reaktionen kombinieren wie beim Patienten Friedrich N; voll ausgeprägte Gemütlosigkeit schließt wohl depressive Reaktionen aus. In diesem Fall sah ich sie kombiniert mit Aggressivität (Patient Gottfried B., Fall 15; KG-Nr. 9 851) und mit der noch zu erörterndern Willensarmut (Horst H., Fall 2; KG-Nr. 919/64).

6. Willensarmut

Willensarme sind dadurch gekennzeichnet, daß sie von äußeren Umständen in abnormer Weise beeinflußt werden. Dies äußert sich in allen Bereichen ihres Lebens; ihre Biographie läßt alle formenden und steuernden Einflüsse vermissen, sie sind leicht verführbar, sie orientieren sich nicht an Werten, kurz, sie sind "haltlos".

Dieser Defekt war in vielen Fällen in wechselnder Ausprägung zu beobachten. Die Patienten arrangierten sich immer wieder in neuen Situationen, in die sie zufällig geraten waren und die naturgemäß meist einen Rückschritt bedeuteten.

Die Willensarmut war bemerkenswert "unabhängig" als Merkmal; sie konnte sich mit den meisten anderen Eigenschaften

kombinieren, ohne daß ein innerer Zusammenhang zu bestehen schien. Besonders interessant war der Patient Horst H. (Fall 2; KG-Nr. 919/64), bei dem Willensarmut bei einem hyperthymischen Temperament vorlag, er ist also ein willensschwacher Aktiver: mit überschießender Initiative stürzte er sich in eine große Zahl von ganz heterogenen Aktivitäten, um dann gewöhnlich auf halbem Weg steckenzubleiben oder sonst Schiffbruch zu erleiden.

Daß die Willensschwäche ein machtvolles zum Alkoholismus disponierendes Element ist, leuchtet unmittelbar ein.

7. Unstrukturiertheit

Diese Eigenart, die man auch mit den Adjektiven "amorph" oder "primitiv-formlos" umschreiben könnte, besteht in einer ausgeprägten Armut der Persönlichkeit in allen Bereichen. Diese Menschen führen eine psychische vita minima; sie haben keine tiefen Bindungen, sind nicht an irgendwelchen Werten orientiert, ihre Ansichten zu Problemen des Lebens bestehen bestenfalls in Konventionalismen, sie haben kein Selbstkonzept. Ihre Biographie ist ungegliedert und ohne inneren Zusammenhang; wenn sich eine Tendenz erkennen läßt, dann allenfalls die nach unten. Die Unstrukturiertheit, vor allem in ihren nicht ganz so extremen Ausprägungen, spielte eine große Rolle in der von mir untersuchten Gruppe von Alkoholikern. Die Patienten führten zum Teil ein durchaus geordnetes Leben, arbeiteten regelmäßig und gewissenhaft, nur machte all dies einen fast reflexmäßigen Eindruck. Dabei sind sie trotz der oft erstaunlichen Mengen an Alkohol, die sie konsumieren, häufig verblüffend gut kompensiert. Der Taxifahrer (Alfons W., Fall 12; KG-Nr. 9 938) beispielsweise fährt seit Jahren immer mit einem beträchtlichen Blutalkohol-Spiegel, dabei unfallfrei und sehr sicher.

Die vollkommene Formlosigkeit an sich scheint noch nicht direkt zum Alkoholismus disponierend zu wirken. Bei den Patienten, bei denen sie allein vorhanden war, hatte sie einen besonderen Akzent: sie schien mir sozusagen vorbewußt

zu sein. Diese Menschen hatten untergründig ein gewisses Gefühl der Leere, des Unausgefülltseins, des Sich-selbst-nicht-genug-seins. Sie versuchten diese Leere auszufüllen, zum Teil durch Arbeit und dann eben durch Alkohol. Bei Horst H. (Fall 2; KG-Nr. 919/64), war das Phänomen in seiner prononciertesten Form zu beobachten: Arbeit genügte gar nicht, um das Bedürfnis zu erfüllen, es war der stärkere Reiz der Gefahr und der Geschwindigkeit beim Autorennfahren, der Reiz der großen Welt beim Bekanntwerden mit Politikern als Mitglied einer Partei. Dieser Patient kann bei seiner Intelligenz und bei seiner übrigen Veranlagung nicht direkt formlos genannt werden; die Strukturierung bleibt sozusagen hinter seinen Potenzen zurück, und aus dieser Differenz ergibt sich das Leere-Gefühl.

Bei diesem Typ des Trinkers, dessen auffallendstes Kennzeichen die Formlosigkeit ist, hatte ich den Eindruck, daß die süchtigmachende Komponente des Alkohols eine größere Rolle spielte, als sie es sonst zu tun pflegt. Fast alle diese Patienten kamen durch ihren Beruf täglich in Berührung mit Alkohol, so daß sie einen Dauerspiegel hatten, der in dieser Hinsicht am bösartigsten ist. Auch entwickelte sich der Alkoholismus oft ganz langsam im Lauf von Jahren, oft unbemerkt von den "Opfern".

Daß die Unstrukturiertheit in der von mir untersuchten Gruppe eine so große Rolle spielte (bei 4 Patienten war sie das dominierende Merkmal), ist sicher eine Folge der Auslese, die eine Aufnahme an einer Universitätsklinik und vor allem an einem psychiatrischen Landeskrankenhaus mit sich bringt.

Diese analysierende Darstellung hatte den Zweck, unabhängig vom individuellen Fall die Elemente aufzuzeigen, die en somme in der untersuchten Gruppe von Alkoholikern zu beobachten waren. Diese Liste erhebt wie gesagt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Eine integrierende Betrachtung muß nun vom Einzelfall ausgehen. Hier ist zunächst festzustellen, daß die genannten Züge nicht alle in jedem Fall vertreten sind, manche oft nicht einmal andeutungsweise. Diese Erkenntnis steht im Widerspruch zu vielen - m.E. vereinfachenden - Angaben der Literatur, die durchgängige disponierende Züge annehmen. Es gab in der untersuchten Gruppe Fälle, die ganz überwiegend von einem Merkmal bestimmt waren; dies war beispielsweise bei Albert U. (Fall 11; KG-Nr. 10 003) der Fall, der eine depressive Persönlichkeit aufwies. Bei anderen kombinierten sich mehrere Merkmale zu Mustern. Dabei kann die Ausprägung der einzelnen Züge variieren. Die Disposition kann also entweder durch das Zusammentreten von mehreren weniger stark ausgeprägten Zügen oder von wenigen - im Extrem einem - stark ausgebildeten entstehen. Als Beispiel für eine komplexe Disposition sei der Patient Hans H. (Fall 3; KG-Nr. 215/64) angeführt. Bei ihm lag der Akzent auf Aggressivität, dazu kamen - nach ihrer Ausprägung geordnet - Kontaktschwäche; Unreife; Unstrukturiertheit.

Man könnte an Hand des jeweils dominierenden Merkmals eine Alkoholiker-Typologie aufstellen in Analogie zu Typologien der abnormen Persönlichkeiten. Es wären dazu einige neue, bei der Klassifizierung der Abnormen nicht gebräuchliche Variablen einzuführen. Dies wäre vielleicht nützlich für die Verständigung, aber ich glaube, daß es bei der Beurteilung des individuellen Falles eher den klaren Blick trüben könnte. Außerdem scheinen die hier angeführten Elemente sich mit größerer Unabhängigkeit kombinieren zu können, als es bei den Merkmalen der abnormen Persönlichkeiten der Fall ist, so daß eine solche akzentuierende Charakterisierung die Wirklichkeit verfälschen würde.

In den einleitenden Kapiteln wurde auf Grund theoretischer Überlegungen der Anteil der Persönlichkeit bei der Entstehung des Alkoholismus in zwei Komponenten unterteilt. Die eine war eine unspezifische Tendenz zu - um es möglichst weit zu fassen - Fehlanpassungen, die andere war die spezifische Tendenz zur Wahl des Symptoms "Alkoholismus", das "Alkoholische" in der Persönlichkeit des Alkoholikers. - Es liegt in der Natur der vorliegenden Untersuchung, daß die Ausführungen zu diesem Problem einen mehr spekulativen Charakter haben müssen.

Spezifisch disponierend scheinen mir diejenigen Züge, die durch Alkohol irgendwie modifiziert werden können oder in deren Dienst er gestellt werden kann. Dies ist einmal die DEPRESSIVITÄT, die durch Alkohol überwunden werden kann. Dann gehört dazu die AGGRESSIVITÄT, deren Ansprüche durch die Enthemmung, die der Genuß von Alkohol mit sich bringt, "ungestraft" direkt befriedigt werden können oder auch in indirekter Weise durch symbolische Funktionen des Alkohols. Die KONTAKTSCHWÄCHE kann mit Hilfe von Alkohol überwunden werden, andererseits ermöglicht er einen Rückzug in die Selbstgenügsamkeit. Die UNSTRUKTURIERTHEIT möchte ich nur dann in diese Gruppe rechnen, wenn sie den erwähnten vorbewußten Akzent hat.

Die anderen Züge - UNREIFE, WILLENSARMUT, GEMÜTSARMUT und unbewußte UNSTRUKTURIERTHEIT - scheinen mir nicht spezifisch zu disponieren. Sie traten gewöhnlich mit einem oder mehreren spezifisch disponierenden Zug vergesellschaftet auf.

In manchen Fällen schien keine spezifische Disposition vorhanden zu sein. Dies war der Fall bei reiner Haltlosigkeit und bei einer Unstrukturiertheit, die der Patient als völlig synton empfand. Hier hatte ich den Eindruck, daß tatsächlich die Symptom-"Wahl" eine Folge äußerer Einflüsse, nämlich des täglichen Genusses von Alkohol, war, der dann auf dem Terrain der unspezifisch disponierten Persönlichkeit seine süchtigmachende Wirkung entfalten konnte, ohne

auf Widerstand zu stoßen.

Das Fazit dieser Untersuchung, das in gewisser Weise ein negatives ist, mag enttäuschend erscheinen. Ich glaube aber nicht, daß man über "die Disposition zum Alkoholismus" oder "den Alkoholiker" mehr anführen kann, das allgemeingültig ist, als die genannten allgemeinen Regeln. Spezifische Aussagen mit dem Anspruch auf Allgemeingültigkeit werden m.E. der Variabilität der menschlichen Persönlichkeit und der Komplexität des Alkoholismus nicht gerecht.

Testresultate

Das Minnesota Multiphasic Personality Inventory wurde in der Hoffnung eingesetzt, daß mit seiner Hilfe objektive und quantitative Aussagen zum studierten Problem möglich wären, die Eigenwert haben könnten neben den klinisch gewonnenen Ergebnissen oder diese modifizieren. Diese Hoffnung hat sich nicht erfüllt, deshalb werden die Erfahrungen mit dem Test sozusagen im Anhang mitgeteilt.

Ein Überblick über die MMPI-Profile bestätigte zunächst die erste klinisch gewonnene Erkenntnis: auch hier gab es kein gemeinsames Element, das sidh in allen Profilen gezeigt hätte. Auch aus dem Durchschnittsprofil ging dies hervor: alle T-Werte lagen zwischen 46 und 54 mit Ausnahme von Pp und Pa, die aber mit jeweils 56 auch nicht diagnostisch erhöht waren.

Bei der Betrachtung der Einzelprofile ergaben sich zwanglos zwei Gruppen: in die eine fielen diejenigen, die den Fall, wie er klinisch imponierte, adaequat widerzuspiegeln schienen. Wenn diese Übereinstimmung manchmal auch sehr überzeugend war, so hatte ich doch nicht den Eindruck, daß der Test wesentlich mehr erbringen kann, als es eine ausführliche Exploration vermag. Die Hauptstärke des Tests liegt jedoch in der Quantifizierung der Ergebnisse und damit in der Möglichkeit, verschiedene Gruppen mit seiner Hilfe zu unterscheiden. Sie kommt naturgemäß in einer Untersuchung wie der vorliegenden nicht zum Tragen. Aus demselben Grund sind die Ergebnisse in ihrer Art so verschieden von klinisch gewonnenen, daß sie schwer mit ihnen zu einem Ganzen zu integrieren sind.

Neben solchen überzeugenden Beispielen gab es jedoch Fälle, in denen die Frage nach der Validität im Vordergrund stand; dies war bei etwa einem Drittel der Fall. Es gab weitgehend unauffällige Profile bei Patienten mit in eklatanter Weise abnormer Persönlichkeit und umgekehrt.

Es könnte sein, daß es sich hier um Validitätsprobleme der deutschen Übersetzung handelt, eine Möglichkeit, die das deutsche Handbuch jedenfalls für die Sc-Skala andeutet. Man könnte in dieser Ansicht bestärkt werden durch die Tatsache, daß das Durchschnittsprofil von dem ziemlich einhellig in der amerikanischen Literatur beschriebenen abweicht: es hat allgemein niedrigere Werte und vor allem keinen Gipfel auf der D-Skala. Natürlich könnte dies ebensogut durch die Auswahl der Gruppe bedingt sein. - In manchen Fällen war das Ergebnis sicher gesteuert vom Wunsch des Patienten, einen möglichst guten Eindruck zu machen aus dem Wunsch heraus, die Anstalt möglichst bald verlassen zu dürfen. Wie HATHAWAY and MEEHL (36) bestätigen, gelingt dies einem einigermaßen intelligenten Menschen, ohne daß es in den Validitätsskalen seinen Niederschlag findet.

Zusammenfassung

Der Alkoholismus ist ein in seiner Entstehung von zahlreichen Faktoren bestimmtes Phänomen. Die beteiligten Elemente sind begründet in Aspekten des Somatischen, in der Persönlichkeit und in der Umwelt. Ihre Ausgeprägtheit und damit ihre Bedeutung können in weiten Grenzen variieren, und sie können sich bis zu einem gewissen Grad gegenseitig ersetzen. So entsteht in jedem Fall der Alkoholismus durch eine individuelle Kombination von Faktoren aus diesen drei Gruppen.

Dementsprechend wechselt die Bedeutung der Persönlichkeit bei der Entstehung des Alkoholismus von Fall zu Fall. Das eine Extrem bilden Formen, bei denen das süchtige Trinken ohne besonderen Anlaß aus einer allein hinreichenden Disposition von Seiten der Persönlichkeit erwächst: essentieller Alkoholismus. Am anderen Ende des Kontinuums liegen Formen, bei denen das Trinken durch überwältigende situative Belastungen auf dem Boden einer unter gewöhnlichen Umständen unauffälligen Persönlichkeit entsteht: reaktiver Alkoholismus.

Demnach besteht die in der Persönlichkeit begründete Disposition zum Alkoholismus aus zwei Anteilen. Der eine ist die spezifische Tendenz zur Wahl des Alkoholismus als Symptom, sozusagen das "Alkoholische" in der Persönlichkeit des Alkoholikers; sie muß vorhanden sein und kann gewöhnlich nicht durch andere Faktoren ersetzt werden. Ist sie das einzige in der Persönlichkeit begründete Element, handelt es sich um rein essentiellen Alkoholismus. - Der andere Bestandteil der Disposition ist eine unspezifische Tendenz zu Fehlanpassungen überhaupt; sie kann zum ersten Anteil hinzukommen, kann aber auch fehlen und durch andere, nicht in der Persönlichkeit begründete Faktoren ersetzt werden.

In Untersuchungen an 16 Alkoholikern, die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegen, ergab sich, daß situative Belastun-

gen und Konflikte zwar vorhanden waren, aber nicht ganz die erwartete dynamisch bedeutsame Rolle spielten bei der Entstehung des Alkoholismus. In der Mehrzahl der Fälle standen in der Anlage bedingte Besonderheiten der Persönlichkeit als ätiologisch wesentliches Moment im Vordergrund. Die möglichen Gründe dafür werden diskutiert.

In der Literatur wird gewöhnlich eine konstante Charakterstruktur oder Kombination von Zügen angenommen, die bei allen Alkoholikern in gleicher Weise vorhanden sind und die Disposition zum Alkoholismus ausmachen. Auf Grund der eigenen Beobachtungen wird eine andere Betrachtungsweise vorgeschlagen.

Der Anteil der Persönlichkeit, der das "Alkoholische" ausmacht und der die Symptomwahl bestimmt, kann aus verschiedenen Elementen bestehen. Es handelt sich dabei um Charakteristika der Persönlichkeit, auf die der Alkohol einen Einfluß ausüben kann oder in deren Dienst er gestellt werden kann. In der untersuchten Gruppe fanden sich: 1. Depressive Grundstimmung; sie kann mit Hilfe von Alkohol überwunden werden, 2. Aggressivität; ihre Ansprüche können entweder durch die Enthemmung im Rausch direkt befriedigt werden oder durch symbolische Funktionen des Alkohols auf indirekte Weise, 3. Kontaktschwäche; sie kann durch Alkohol überwunden werden, er ermöglicht jedoch auch einen Rückzug in die Selbstgenügsamkeit, 4. Unstrukturiertheit; sie gehört jedoch nur dann in diese Gruppe, wenn sie der Patient sozusagen vorbewußt empfindet als ein dunkles Gefühl des Unausgefülltseins; Alkohol füllt dann die Leere aus. - Einer oder eine Kombination von mehreren dieser Züge bilden die spezifische Disposition zum Alkoholismus.

Zu diesem Anteil können andere Momente in der Persönlichkeit hinzukommen, die in unspezifischer Weise die Neigung zu einer Fehlanpassung erhöhen. Es fanden sich: 1. Unreife, das ist eine nicht ganz homogene Gruppe von Eigenschaften, die im wesentlichen darin bestehen, daß ein solcher Mensch

nicht in der Lage ist, sein Leben und seine Beziehungen zu anderen Menschen auf dem Niveau eines erwachsenen, eigenverantwortlichen Menschen mit einer bewußten Haltung zu gestalten, 2. Willensschwäche, d.h., der Patient wird in abnormer Weise von äußeren Umständen beeinflußt, 3. Gemütsarmut, d.h., der Patient kennt keine Rücksicht, für die Belange anderer, hat keine Scham, kein Ehrgefühl, 4. Unstrukturiertheit, das ist ein Mangel an Differenzierung in allen Bereichen der Persönlichkeit.

Die Züge dieser Gruppe können verschieden stark ausgeprägt sein und können sich gegenseitig ersetzen oder, im Gegensatz zu den vorhergenannten Charakteristika, durch Faktoren außerhalb der Persönlichkeit ersetzt werden. So kombinieren sie sich zu Mustern und bilden den unspezifischen Anteil der in der Persönlichkeit begründeten Disposition zum Alkoholismus. Von seiner Ausgeprägtheit hängt die Stärke der Disposition ab. Ist ein unspezifisch disponierender Anteil vorhanden, tritt er zum spezifischen hinzu, so daß die Kennzeichen der prämorbiden Persönlichkeit des Alkoholikers aus einem für jeden Fall individuellen und einmaligen Muster von Zügen bestehen.

Die Hoffnung, daß die Ergebnisse des Minnesota Multiphasic Personality Inventory die auf klinischem Wege gewonnenen Erkenntnisse sinnvoll ergänzen oder für sich Neues erbringen würden, hat sich nicht erfüllt. Eine Analyse der mit Hilfe des Tests hergestellten Persönlichkeitsprofile erbrachte nicht viel, das wesentlich über die klinisch gewonnenen Ergebnisse hinausging. Bei manchen Profilen erschien die Validität etwas zweifelhaft.

Literaturverzeichnis

(1) ALONSO FERNÁNDEZ, F.: La estructura fenomenologica des alcoholomano Rev.clin.esp. 86, 399-402 (1962)

(2) BAKAN, D.: The relationship between alcoholism and birth rank Quart. J. Stud. Alc. 10, 434-440 (1949)

(3) BAUER, R.W. and JOHNSON, D.E.: The question of deterioration in alcoholism J. Consult. Psychol. 21, 296 (1957)

(4) BERNER, P. und SOLMS, W.: Die Entwicklung einer Neurose Wien. Z. Nervenh. 8, 242-252 (1954)

(5) BERNER, P. und SOLMS, W.: Alkoholismus bei Frauen Wien. Z. Nervenh. 6, 275-301 (1953)

(6) BILLIG, O. and SULLIVAN, D.J.: Personality structure and prognosis of alcoholic addiction: a Rorschach study Quart.J.Stud.Alc. 3, 554-573 (1943)

(7) BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, hrsg. v. M. Bleuler Berlin 1948

(8) BLEULER, M.: Familial and personal background of chronic alcoholics in: DIETHELM, O. (ed.): Etiology of chronic alcoholism Springfield, Ill.: Charles C. Thomas (1955)

(9) BOSINELLI, M. e CARLONI, G.: Ricerche sul decadimento mentale degli alcoolisti Rass. Studi psichiat. 47, 209-231 (1958)

(10) BOTWINICK, J. and MACHOVER, S.: A psychometric examination of latent homosexuality in alcoholism Quart. J. Stud. Alc. 12, 268-272 (1951)

(11) BOWMAN, K. M. and JELLINEK, E. M.: Alcohol addiction and its treatment, in effects of alcohol on the individual New Haven, Conn., Yale University Press 1942

(12) BRÄUTIGAM, W.: Gemeinschaftsfaktoren in der Behandlung von Alkoholsüchtigen Z. Psychother. med. Psychol. 9, 146 (1959)

(13) BROWN, M. A.: Alcoholic profiles on the Minnesota Multiphasic J. clin. Psychol. 6, 266-269 (1950)

(14) BUHLER, C. and Lefever, D.W.: A Rorschach study on the psychological characteristics of alcoholics New Haven, Hillhouse Press 1948

(15) BUMKE, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten München, 1948

(16) BUTTON, A. D.: A Rorschach study of 67 alcoholics Quart. J. Stud. Alc. 17, 35-52 (1956)

(17) BUTTON, A. D.: A study of alcoholics with the MMPI Quart. J. Stud. Alc. 17, 263-281 (1956)

(18) BUTTON, A. D.: The psychodynamics of alcoholism: a survey of 87 cases Quart. J. Stud. Alc. 17, 443-460 (1956)

(19) BUTTON, A. D.: The genesis and development of alcoholism: an empirically based schema Quart. J. Stud. Alc. 17, 671-675 (1956)

(20) CECCARELLI, G.: I caratteri della personalità degli ammalati alcoolisti cronici studiati mediante il test MMPI Neuropsichiatria (Genova) 14, 535-562 (1958)

(21) CIMBAL, W.: Trinkerfürsorge als Teil der Verwahrlostenfürsorge Allg. Z. Psychiat. 84, 52-86 (1926)

(22) CROWLEY, R. M.: Psychoanalytic literature on drug addiction and alcoholism
Psychoanal. Rev. 26, 39-54 (1939)

(23) DAUMEZON, G., LEBEAU, M.-L., BROUSSINES et BRABANT, G.-P.: La détérioration mentale chez les alcooliques chroniques. Sa détermination par les techniques psychologiques
Rev. Alcool. 7, 265-281 (1961)

(24) DIETHELM, O.: The alcohol problem
Bull. N. Y. Acad. Medic., 2nd Ser. 29, 972-980 (1953)

(25) DERWORT, A.: Aktuelle Fragen zur Entstehung und Therapie des Alkoholismus
Nervenarzt 30, 211-220 (1959)

(26) ERIKSON, E. H.: Growth and crises of the "healthy personality"
in: KLUCKHOHN, C., MURRAY, H.A. and SCHNEIDER, D. M. (eds.): Personality in Nature, Society, and Culture
New York: Alfred A. Knopf (1961)

(27) EYSENCK, H. J.: The scientific study of personality
London: Routledge and Kegan Paul Ltd. (1952)

(28) FALSTEIN, E. J.: Juvenile alcoholism: a psychodynamic case study of addiction
Amer. J. Orthopsychiat. 23, 530-551 (1953)

(29) FENICHEL, O.: The psychoanalytic theory of neurosis
New York: Norton (1945)

(30) FRAME, M. C. and OSMOND, W. M. G.: Alcoholism. Psychopathic personality and psychopathic reaction type
Med. Proc. (Johannesburg) 2, 257-261 (1956)

(31) FUTTERMANN, S.: Personality trends in wives of alcoholics
J. psychiat. soc. Work 23, 37-41 (1953)

(32) v. GEBSATTEL, V. E.: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1954

(33) GIBBINS, R. J. and WALTERS, R. H.: Three preliminary studies of a psychoanalytic theory of alcohol addiction
Quart. J. Stud. Alc. 21, 618-641 (1960)

(34) HAMPTON, P. J.: A psychometric study of drinkers
J. consult. Psychol. 15, 501-504 (1951)

(35) HART, H. H.: Personality factors in alcoholism
Arch. Neurol. Psychiat. 24, 116-134 (1930)

(36) HATHAWAY, S. R. and MEEHL, P. E.: An Atlas for the clinical use of the MMPI
University of Minnesota Press 1951

(37) HIGGINS, J. W.: Psychodynamics in the excessive drinking of alcohol
Arch. Neurol. Psychiat. 69, 713 - 726 (1953)

(38) HILL, H.E., HAERTZEN, C.A. and DAVIS, H.: An MMPI factor analytic study of alcoholics, narcotic addicts and criminals
Quart. J. Stud. Alc. 23, 411-431 (1962)

(39) HOFF, H.: Lehrbuch der Psychiatrie
Basel 1956

(40) HOYT, D.P. and SEDLACEK, G.M.: Differentiating alcoholics and abnormals with the MMPI
J. clin. Psychol. 14, 69-74 (1958)

(41) JACKSON, J. K.: The adjustment of the family to the crisis of alcoholism
Quart. J. Stud. Alc. 15, 562-586 (1954)

(42) JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie
Springer, Berlin-Gl'ttingen-Heidelberg (1953)

(43) KAIJ, L.: Alcoholism in twins. Studies on the etiology and sequels of abuse of alcohol
Stockholm: Almqvist & Wiksell 1960

(44) KALDEGG, A.: Psychological observations in a group of alcoholic patients. With analysis of Rorschach, Wechsler-Bellevue and Bender Gestalt test results
Quart. J. Stud. Alc. 17, 608-628 (1956)

(45) KLEBANOFF, S. G.: Personality factors in symptomatic chronic alcoholism as indicated by the TAT
J. consult. Psychol. 11, 111-119 (1947)

(46) KNIGHT, R. P.: The psychodynamics of chronic alcoholism
J. Nerv. Ment. Dis. 86, 538-548 (1937)

(47) KNIGHT, R. P.: The dynamics and treatment of chronic alcohol addiction
Bull. Menninger Clin. 1, 233-250 (1937)

(48) LEMERE, F.: What causes alcoholism
J. clin. exper. Psychopath. 17, 202-206 (1956)

(49) LEMERE, F.: The nature and significance of brain damage from alcoholism
Amer. J. Psychiat. 113, 361-362 (1956)

(50) LEONHARD, K.: Zur Psychologie der chronischen Trinker
Dtsch. med. Wschr. 84, 1474-1478 (1959)

(51) LEVINE, J.: The sexual adjustment of alcoholics. A clinical study of a selected sample
Quart. J. Stud. Alc. 16, 675-680 (1955)

(52) LEVY, R. J.: The psychodynamic functions of alcohol
Quart. J. Stud. Alc. 19, 649-659 (1958)

(53) LISANSKY, E. S.: The etiology of alcoholism: the role of psychological predisposition
Quart. J. Stud. Alc. 21, 314-343 (1960)

(54) LOLLI, G.: The addictive drinker
Quart. J. Stud. Alc. 10, 404-414 (1949)

(55) LOLLI, G.: Alcoholism as a disorder of the love disposition
Quart. J. Stud. Alc. 17, 96-107 (1956)

(56) LUSTIG, B.: Über den Alkoholismus im Alter
Scriptum Geriatricum 1963, 207-211

(57) MACDONALD, D. E.: Mental disorders in wives of alcoholics
Quart. J. Stud. Alc. 17, 282-287 (1956)

(58) MACHOVER, S., PUZZO, F.S., MACHOVER, K. and PLUMEAU, F.: Clinical and objective studies of personality variables in alcoholism. III. An objective study of homosexuality in alcoholism
Quart. J. Stud. Alc. 20, 528-542 (1959)

(59) MANSON. M. P.: A psychometric differentiation of alcoholics from nonalcoholics
Quart. J. Stud. Alc. 9, 175-206 (1948)

(60) MARTENSEN-LARSEN, O.: The family constellation analysis and alcoholism
Acta genet. statistic. med. 7, 441-443 (1957)

(61) MAYER-GROSS, W., SLATER, E. and ROTH, M.: Clinical Psychiatry
London 1954

(62) MENNINGER, K. A.: Man against himself
Harcourt Brace Co, New York 1938

(63) MMPI Saarbrücken, bearbeitet von O. Spreen und N.D. Sundberg
Hans Huber, Bern und Stuttgart 1962

(64) MURPHY, M. M.: Social class differences in frustration patterns of alcoholics
Quart. J. Stud. Alc. 17, 255-262 (1956)

(65) NAVRATIL, L.: Alkoholismus und Geburtennummer
Wien. klin. Wschr. 68, 158-160 (1956)

(66) NAVRATIL, L.: Tremor und andere motorisch-funktionelle Störungen als ursächliche Faktoren bei der Entstehung der Trunksucht.
Nervenarzt 28, 108-111 (1957)

(67) NAVRATIL, L.: Die Rolle der Ehefrau in der Pathogenese der Trunksucht
Wien. Z. Nervenh. 14, 90-97 (1957)

(68) NAVRATIL, L.: Der Figur-Zeichen-Test beim chronischen Alkoholismus
Z. psycho-som. Med. 4, 97-103 (1958)

(69) NAVRATIL, L.: On the etiology of alcoholism
Quart. J. Stud. Alc. 20, 236-244 (1959)

(70) NEWELL, N.: Alcoholism and the father image
Quart. J. Stud. Alc. 11, 92-96 (1950)

(71) OLTMAN, J.E. and FRIEDMAN, S.: A consideration of parental deprivation and other factors in alcohol addicts
Quart. J. Stud. Alc. 14, 49-57 (1953)

(72) v. ORELLI, A.: Wesen und Behandlung der Süchtigkeit
Schweiz. Arch. Neur. 70, 411-422 (1952)

(73) PETRILOWITSCH, N.: Abnorme Persönlichkeiten
Karger, Basel-New York 1960

(74) RADO, S.: The psychic effects of intoxicants
Internat. J. Psychoanal. 7, 396-413 (1926)

(75) RADO, S.: The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction)
Psychoanal. Quart. 2, 1-23 (1933)

(76) RADO, S.: Narcotic bondage. A general theory of the dependence on narcotic drugs
Amer. J. Psychiat. 114, 165-170 (1957)

(77) RINGEL, E. und SCHINKO, H.: Eine weibliche Alkohol-Hysterie
Wien. Z. Nervenh. 12, 154-164 (1955)

(78) ROSEN, A. C.: A comparative study of alcoholic and psychiatric patients with the MMPI
Quart. J. Stud. Alc. 21, 253-266 (1960)

(79) SCHILDER, P.: Psychogenesis of alcoholism
Quart. J. Stud. Alc. 2, 277-292 (1941)

(80) SCHULTE, W.: Hilfen für die Unruhe des Menschen unserer Tage
Landarzt 13, 501-505 (1961)

(81) SCHULTE, W.: Mißbrauch und Sucht als therapeutisches Problem für den praktischen Arzt
in: LAUBENTHAL, F. (Hrsg.): Sucht und Mißbrauch, 381-396
Thieme, Stuttgart 1964

(82) SCHULTE, W.: Die Sucht als psychotherapeutisches Problem
Tübingen: Mohr (1963)

(83) SCHULTZ, J. H.: Grundsätzliches zur Suchtfrage
Z. Psychother. 3, 97-100 (1953)

(84) SELIGER, R.V. and CRANFORD, V.: The Rorschach analysis in the treatment of alcoholism
Med. Rec., N. Y. 158, 32-38 (1945)

(85) SHERFEY, M. J.: Psychopathology and character structure in chronic alcoholism
in: DIETHELM, O. (ed.): Etiology of chronic alcoholism
Springfield, Ill.: Charles C. Thomas 1955

(86) SIMMEL, E.: Zum Problem von Zwang und Sucht
Bericht über den V. allgemeinen ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Baden-Baden 1930, 112-126

(87) SINGER, E.: Personality structure of chronic alcoholics
Amer. Psychol. 5, 323 (1950)

(88) SMITH, J.A.: Psychiatric treatment of the alcoholic
J. Amer. med. Ass. 163, 734-738 (1957)

(89) SMITH, J. A., HERRICK, H. and RUDY, L. H.: Patterns of sobriety in the alcoholic J. Dis. Verv. Syst. 21, 622-625 (1960)

(90) SMITH, J. J.: The endocrine basis and hormonal therapy of alcoholism New York State J. Med. 50, 1704-1706 (1950)

(91) SOLMS, W.: Ursachen der Trunksucht Wien. Z. Nervenh. 9, 69-75 (1954)

(92) STAEHELIN, J. E.: Über die Entstehung und Behandlung der Süchte Schw. med. Wschr. 62, 893-899 (1932)

(93) STAEHELIN, J. E.: Die psychischen Symptome des chronischen Alkoholismus Bull. schweiz. Akad. med. Wiss. 16, 78-87 (1960)

(94) STRECKER, E., EBAUGH, F. and EWALT, J.: Practical Clinical Psychiatry Philadelphia 1951

(95) SYME, L.: Personality characteristics and the alcoholic. A critique of current studies Quart. J. Stud. Alc. 18, 288-302 (1957)

(96) SYMON, A. L.: Analisis del test de Wechsler en alcoholicos cronicos. Aspectos cuantitativos parciales en el diagnostico precoz de la deterioración mental Rev. chil. Neuro-psiquiat. 1, 75-80 (1962)

(97) TEIRICH, H. R.: Zum Alkoholproblem im Leben des Mannes Psychol. Berater 4, 325 (1952)

(98) TIEBOUT, H. M.: The syndrome of alcohol addiction Quart. J. Stud. Alc. 5, 535-546 (1945)

(99) WAHL, C. W.: Some antecedent factors in the family history of 109 alcoholics Quart. J. Stud. Alc. 17, 643-654 (1956)

(100) WALL, J. H. and ALLEN, E. B.: Results of hospital treatment of alcoholics
Amer. J. Psychiat. 100, 474-479 (1944)

(101) WALTERS, O. S.: The religious background of fifty alcoholics
Quart. J. Stud. Alc. 18, 405-416 (1957

(102) WEITBRECHT, H. J.: Psychiatrie im Grundriß
Springer, Berlin-Göttingen, Heidelberg 1963

(103) WELLMAN, W. M., MAXWELL, M. A. and O'HOLLAREN, P.: Private hospital alcoholic patients and the changing conception of the "typical" alcoholic
Quart. J. Stud. Alc. 18, 388-404 (1957)

(104) WEXBERG, L. E.: Psychodynamics of patients with chronic alcoholism
J. clin. Psychopath. 10, 147-157 (1949)

(105) WEXBERG, L. E.: Ursachen und Symptome der Arzneimittelsucht und des Alkoholismus
Z. Psychother. 1, 227-235 (1951)

(106) WHALEN, T.: Wives of alcoholics. Four types observed in a family service agency
Quart. J. Stud. Alc. 14, 632-641 (1953)

(107) WILLIAMS, R. J.: Identifying and treating potential alcoholics
J. Crim. Law Pol. Sci. 49, 218-221 (1958)

(108) World Health Organization, Expert Committee on mental Health
Tech. Rep. Ser. 42, Geneva (1951)

(109) World Health Organization, Expert committee on alcohol
Tech. Rep. Ser. 84, Geneva (1954)

(110) ZUTT, J.: Über das Wesen der Sucht nach den Erfahrungen und vom Standpunkt des Psychiaters
Stud. generale 1948, 253-257

(111) ZUTT, J.: Zur Anthropologie der Sucht
Nervenarzt 29, 439-445 (1958)

(112) ZWERLING, I.: Psychiatric findings in an interdisciplinary study of 46 alcoholic patients
Quart. J. Stud. Alc. 20, 543-554 (1959)

(113) LEMERT, E. M.: Dependency in married alcoholics
Quart. J. Stud. Alc. 23, 590-609 (1962).

Zu Dank verpflichtet bin ich in erster Linie Herrn Privatdozent Dr. Mende, der mir bei all den Problemen, welche die vorliegende Arbeit mit sich brachte, jederzeit mit Rat und Hilfe zur Seite stand. Herrn Professor Dr. Schulte danke ich für die Anregung zu dieser Arbeit. Dem Leiter des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Schussenried, Herrn Regierungsmedizinaldirektor Dr. Klug, danke ich dafür, daß er es mir ermöglichte, Patienten im Landeskrankenhaus zu untersuchen, ebenso Herrn Regierungsmedizinalrat Dr. Lustig, Oberarzt in Schussenried, für praktische Unterstützung während meiner Zeit dort und für gewinnbringende Diskussionen.

Lebenslauf

Ich, Dieter Hörz, wurde am 18. November 1939 als Sohn des Dr. Walter Hörz und seiner Ehefrau Dr. Marianne Hörz geb. Löffler in Stuttgart geboren. Am Gymnasium Nürtingen legte ich am 17. Februar 1959 die Reifeprüfung ab. Mein Studium der Medizin begann ich in Tübingen im Sommer-Semester 1959 und bestand dort am 10. April 1960 die naturwissenschaftliche und am 21. Oktober 1961 die ärztliche Vorprüfung.

Im Sommer-Semester 1962 studierte ich in Wien. Von August 1962 bis April 1963 studierte ich Psychologie und Psychiatrie an der University of Rochester, N. Y., USA, als Stipendiat der Fulbright Foundation.

Vom Sommer-Semester 1963 an habe ich wieder in Tübingen studiert und dort im Dezember 1965 das medizinische Staatsexamen abgeschlossen.

Foto-Druck: Frau Elly HUTH, Tübingen